

610.5

Z6

N 46

Zentralblatt für **Nervenheilkunde und Psychiatrie**

Herausgegeben

im Verein mit zahlreichen Fachmännern
des In- und Auslandes

von

Dr. Robert Gaupp

Professor der Psychiatrie an der Universität Tübingen.

1910 (Jan.—März).

33. Jahrgang (Neue Folge 21. Band).



Leipzig, 1910

Verlag von Johann Ambrosius Barth
Dörrienstraße 16.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis.

Originalartikel.

| | Seite |
|---|-------|
| Dreyfus, G. L. Kritische Bemerkungen zu M. Urstein's Buch: „Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein“ | 9 |
| Enge. Blutschwitzen bei einer Hysterischen | 153 |
| Hoche, A. Die Melancholiefrage | 193 |
| Löwy, M. Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn | 81 |
| Maeder, A. Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression | 50 |
| Rehm, O. Der depressive Wahnsinn | 41 |
| Tilling, Th. Über den Schwachsinn | 1 |
| Wilmanns, K. Zur klinischen Stellung der Paranoia | 204 |
| Wimmer, A. Die Prognose der traumatischen Neurose und ihre Beeinflussung durch die Kapitalabfindung | 117 |

Sachregister.

(Die Zahlen geben die Seiten an.)

A.

Adduktorenreflex 131.
Affektive Psychosen im Kindesalter 110.
Agnosie 136.
Akkommodationsreaktion lichtstarrer Pupillen 220.
Akromegalie 165.
Alkohol, Bedeutung des — 226 ff.
— und Geisteskrankheit 229, — und optisches Bewußtsein 34, — und Nervenleiden 172.
Alkoholismus 191. 226, gesetzliche Behandlung des — 229.
Anästhesie, segmentäre Abgrenzung der — 177.
Angstzustände bei Nasenleiden 129.
Aphasie, amnestische — 145, sensorische — 145, motorische — 128. 159, subkortikale — 27.
Apraxie, ideatorische — 126, motorische — 221.
Arteriosklerotische Hirnerkrankungen 105.
Assoziationsversuche bei Schwachsinnigen 107, — bei traumatischer Neurose 71.
Asymbolie 135.
Ataxie ohne sensible Störungen 160, hereditäre zerebellare — 128.

Atoxylvergiftung 23.
Augenmuskellähmung, kinästhetische — 23 (s. auch Ophthalmoplegie).
Augenmuskelnervenkerne 125. 183.

B.

Babinski'sches Zeichen 142. 215.
Balkentumor 101.
Basedow 128.
Beschäftigungsneurosen 181.
Bewegungsstörungen, kortikospinale und zerebello-spinale — 160.
Bewußtseinsphänomene, experimentelle Analyse der — 33, — im Schlaf und Traum 39.

C.

Cauda equina, Strangulation der — 218.
Cholin in der Lumbalflüssigkeit 133.
Chorea hereditaria chronica 214.
Commotio cerebri 19.

D.

Dämmerzustände 185.
Daumenbewegungen bei Hemiplegie 164.
Degenerationspsychosen 112. 190.

Delirium acutum 113.
 Dementia praecox 9. 113. 189. 192, Luft-
 schlucken bei — 114.
 Dermoid im Wirbelkanal 176.
 Diagnostik, psychiatrische — 80.
 Dionin bei Pupillenstarre 135.
 Dummheit, über die — 190.
 Duschemassage 181.
 Dysaesthesia thyreoides 165.
 Dysarthrie, kongenitale — 124.
 Dyspepsia nervosa 74.
 Dyspraxie bei Hemiplegie 137.
 Dystrophia musculorum 38.

E.

Elektrizitätslehre, medizinische — 174.
 Enzephalomyelitis 159.
 Epilepsie 136, Atemstörungen bei — 138.
 Prognose der — 186, — als Unfallfolge
 116, Ursachen der — 73, operative Be-
 handlung der — 73, Psychosen bei — 70
 Erdbeben, Erkrankungen nach — 127, 164.

F.

Facialislähmung 137.
 Familiäre Nervenleiden 147.
 Familienpflege in Belgien 130, — in Leip-
 zig 24.
 Friedreich'sche Krankheit 124.
 Fürsorgezöglinge, Untersuchung der — 130.

G.

Gall 234.
 Gedächtnisstörungen 108.
 Geistesranke, Behandlung der — 189.
 Geisteskrankheit bei Geschwistern 104, Todes-
 ursachen bei — 104.
 Gelenkerkrankungen, neuropatische — 36.
 Gemütsbewegungen 190.
 Gerichtliche Gutachten 188.
 Gerichtliche Psychiatrie 172.
 Gigantismus infantilis 127.
 Glykosurie, alimentäre — bei Psychosen 107.
 Grubelsucht 187.

H.

Hämatobulbie 212.
 Hämatomyelie 177. 212.
 Haftpsychosen 115.
 Halluzinationen, Realitätsurteil von — 234.
 Haubenbahn 161.
 Hauttemperatur bei Nervenleiden 71.
 Hebephrenie 110.
 Heilungsaussichten der Irrenanstalten 131.
 Hemianästhesie, organische — 158.
 Hemianopsie 139.
 Hemichorea 212.

Hemihypertrophia faciei und Schwachsinn
 230.
 Hereditäre und familiäre Nervenleiden 132.
 133.
 Hinken, intermittierendes — 138.
 Hinterstränge, Anatomie der — 216.
 Hippus 221.
 Hirnerschütterung 19.
 Hirnerweichung, anatomische Vorgänge bei
 — 161.
 Hirnoperationen 25.
 Hirnsklerose, lobäre atrophische — 147.
 Hirnsyphilis 125 (s. auch Lues).
 Hirntumor 80. 148. 149. 150. 160. 175. 214.
 215, Merkfähigkeit bei — 231, Farbsinn-
 störungen bei — 231, multiple — des
 Zentralnervensystems 99.
 Hydrocephalus chronicus 230.
 Hypertrophie, erworbene halbseitige — 142.
 Hypnose 72.
 Hypophyse 167, Tumor der — 149.
 Hysterie 75, Blutschwitzen bei — 153,
 Hodenretraktion bei syst. Kontraktur 164,
 motorische Aphasie bei — 126, Pseudo-
 kontraktur bei — 124, Fieber bei — 124,
 Hemiplegie bei — 126, Taubstummheit
 bei 76, — Traumzustände bei — 102.

I.

Imbezillität 111.
 Induziertes Irresein 234.
 Interkostalneuralgie 182.
 Irrenanstalten, Wahrheit über die — 191.
 Ischias 37, 179, 180, 181, 213.

K.

Kind, Erziehung des einzigen — 191.
 Kinderhaus in Dösen 131.
 Kleinhirn, Lokalisation im — 100, Tumor
 des — 150.
 Kobragift im Blut Geisteskranker 64. 108.
 Kolipyelitis, Polyneuritis bei — 111.
 Kopfschmerz 172, — und Syphilis 132.
 Kopftetanus 137.
 Korsakoff'sche Psychose in der Schwanger-
 schaft 111.

L.

Landry'sche Paralyse 144. 178.
 Lateralsklerose, amyotrophische — 215.
 Lues cerebri 218.
 Lumbalpunktion 125. 135. 144.
 Lyssa 140.

M.

Manisch-depressives Irresein 193 ff., Nach-
 kommen bei — 106.

Massage 224.
 Maupassant's Krankheit 76.
 Melancholie 50. 58. 193.
 Meningismus 113.
 Meningitis 212, — epidemica 151, — heredo-
 syphilitica 163, — und Psychosen 188,
 — und Sinusthrombose 229.
 Meningomyelitis chronica syphilitica 124.
 Menschenaffen, Geistesleben der — 71.
 Migräne 72, Augenmuskellähmung bei — 72.
 137, Chorea nach — 72.
 Mombello, Heilanstalt — 129.
 Mongolismus 144.
 Monoplegia brachialis 127.
 Moral insanity 111.
 Myasthenie 74. 214.
 Myokymie 164.
 Myopathie, Knochenveränderungen bei — 161.
 Myotonie 75. 158. 213.

N.

Naevus congenitus zoniformis 162.
 Nagelerkrankung bei Bleivergiftung 162.
 Nervenentzündung nach Unfall 218.
 Neuralgien 170.
 Neuralgia paraesthetica am Oberschenkel 162.
 Neuritis ascendens 163.
 Neurofibrillen, Silberfärbung der — 182.
 Neurome, multiple — 99.
 Nietzsche's Krankheit 80.

O.

Oblongata, Kerne der — 216.
 Occipitallappen, Verletzung des — 146.
 Okulomotorius, zyklische Erkrankung des —
 221.
 Ophthalmoplegia interna bei Lues heredi-
 taria 158, — totalis 230, — unilateralis 127.
 Osteoarthropathia vertebralis 232.
 Osteomalacie bei Geisteskranken 106.

P.

Pachymeningitis cervicalis 129.
 Paralyse, progressive — 111, Gehirnober-
 fläche bei der — 166, Blut bei — 112,
 — und Maladie des grands tics 213.
 Paralysis agitans 148.
 Paranoia 81, klinische Stellung der — 204,
 abortive — 65.
 Paranoische Veranlagung 65.
 Parotitis epidemica mit Lähmungen 148.
 Pedunculus, Verletzung des — durch Re-
 volverschuß 158.
 Photographisches lautes Lesen 107.
 Physiologie der Nerven 191.
 Poliomyelitis acuta anterior 158, — beim
 Affen 176, — syphilitica 152.

Polyneuritis degenerativa 179.
 Pseudosklerose bei Hirntumor 162.
 Psychoanalyse bei Melancholie 50.
 Psychiatrie im Orient 62, — und Reichs-
 versicherungsamt 27.
 Psychiatrische, Bedeutung des — in der
 inneren Medizin 103.
 Psychologie, Kongreß für — 40.
 Psychogalvanisches Reflexphänomen 38.
 Psychographie 191.
 Psychopathologie und Pädagogik 166.
 Ptosis atonica 98.
 Puerperalpsychosen 109.
 Pupillenfasern des Sympathikus 218.
 Pupillenstarre, reflektorische — bei Hirn-
 schenkelkrankung 162.

Q.

Quadrizeps, Kontraktion des — nach Schädel-
 bruch 217.
 Quarzlampe bei Neuralgiebehandlung 225.
 Querulantenwahn 81. 205.

R.

Radium, Einwirkung des — auf das Nerven-
 system 165.
 Recklinghausen'sche Krankheit 158. 171.
 Reflexphänomen, psychogalvanisches — 38.
 Retina, pupillomotorisches Feld der — 185.
 Rückenmark, Kerne des — 182, Verdopplung
 des — 176.

S.

Schlafzustände 109.
 Schwachbegabte an höheren Schulen 131.
 Schwachsinn 1.
 Schwangerschaftspsychosen 109.
 Sehrinde, Vertretung der Makula in der — 184.
 Senile Psychosen 142.
 Sensibilität, Leitung der — im Rückenmark
 177.
 Serodiagnose der Syphilis 63. 133. 134. 172.
 Sexualleben, Konflikte im — 172.
 Sklerose, multiple — 127. 140. 158. 161,
 — oder progressive Paralyse 164, psy-
 chische Symptome bei — 127, psychische
 Epilepsie bei — 114, sensible Reizerschei-
 nungen bei — 23.
 Sprache, Pathologie der — 64, Zentren der
 — 27.
 Stauungspapille, Erzeugung der — 219, Tre-
 panation bei — 231.
 Stauungsverfahren, Nervenlähmung bei — 37.
 Stirnhirn, Stabkranz im menschlichen — 29.
 Stovainanästhesie, Rückenmarkserkrankung
 bei — 233.
 Submaxillardrüse, Zentrum der — 184.

Sympathikus, Neurome des — 170.
Syringomyelie 160. 177, Radiumbehandlung bei — 213.

T.

Tabes dorsalis, Arthropathie bei — 212. 223,
Bulbärsymptome bei — 24. 222, Uterus-
krisen bei — 222, gastrische Krisen bei
— 159. 176. 222. 233, Muskelatrophien
bei — 127, Muskellähmungen bei — 160.
Taschenbuch der psychiatrisch-neurologischen
Diagnostik 80. 165, therapeutisches — der
Nervenkrankheiten 174.
Tetanie, chronische — 188.
Thalamus, Erkrankung des — 128.
Thyreoidismus 126.
Traum, seelische Vorgänge im — 39.
Traumatische Nerven- und Geisteskrankheiten
21. 26. 35. 71, Assoziationsversuch bei —
71, Kapitalabfindung bei — 117.
Trigeminusneuralgie, Behandlung der — 181.
Trionalvergiftung 186.
Turmschädel 138.
Typhus, Neuritis nach — 179.

U.

Ulnaris, Erkrankung des — bei Typhus 179.
Unfallneurosen 21. 35 (s. auch Traumatisch).
Untersuchungsgefangene, geisteskranken — 68.
Urämie, Lumbalpunktion bei — 229.

V.

Vagus, Kerne des — 184, Neuritis des — 159.
Verbrecher, geisteskranken — 115.
Vibrationsempfindung 212.

W.

Wahnsinn, depressiver — 41.
Wasserscheu und Militärdienst 129.
Weber'sche Lähmung 125.
Weltanschauung und Medizin 30.
Willenslähmung bei erhaltenen automatischen
Bewegungen 165.
Wortsalat 109.
Wutschutzimpfungen, Nervenerkrankungen
nach — 146.

Z.

Zehen-Verkürzungsreflex 217.
Zeugung im Rausch 185.

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

A.

Abraham 102.
Achard, Ch. 162. 212.
Achard, M. 158.
Achúcarro 140.
Alexander, W. 174.
Alquier, L. 165.
Alt 131.
Anton, G. 25.
Arndt, E. 172.
Astraud, M. 171.

B.

Babinski, A. J. 214.
Babinski, M. 126. 127. 160.
Baccelli 114.
Bach 182.
Barbo 106.

Baudouin, A. 170.
Bauer 124. 158. 164. 213.
von Bechterew 221.
Becker, H. 188.
Becker, Th. 72.
Behr, C. 111. 139.
Benigni 113.
Berliner, M. 181.
Bernhardt, M. 97.
Bernheimer, H. 183.
Biach, P. 144.
Bingal 71.
Bloch, E. 217.
Blumenau, L. 184.
Bonnier, P. 129.
Bordley, J. 219. 229. 231.
Bornstein, M. 72. 112.
Boruttau, H. 174.
Boudon, M. 126. 128. 214.
Bratz 73.

Braun, A. 229.
Brinet, E. 214. 215.
Brissaud, M. 124. 158. 161.
162. 164. 212. 213.
Bruck, C. 172.
Brustein, S. 225.
Bum, A. 37. 180.
Bumke, O. 218.
Busch, A. 34.
Büttner 131.

C.

Campbell 231.
Carnot 160.
Chéné 127.
Chevallier 159.
Cimbal, W. 165.
Claude, H. 158.
Claus 71.

Conzen, F. 222.
Cottenot 159. 162.
Cramer, A. 105.
Creutzfeld, H. G. 149.
Crocq, J. 130.
Cruchet, R. 164.
Cushing, H. 219. 229. 231.

D.

Daiber 70.
Dale, J. E. 175.
Degenkolb 22.
Déjerine, H. 163.
Déjerine, J. 129. 212. 214.
Déjerine, Mme. 214.
Delille, A. 167.
Deroitte, V. 185.
Descomps 160.
von Dieballa, G. 133.
Diller, Th. 148.
Donath, J. 133.
Dreyfus, G. L. 9. 192.
Dufour, H. 159. 162.
Dumolard 128.
Durend 215.

E.

Egger, M. 160. 165.
Ehrenberg, R. 107.
Eichelberg 134. 135.
Eichhorst 176.
Enge 153.
Engelen 218.

F.

Fabre 213.
Faure-Beaulieu 165.
Fernandez, F. M. 230.
Flesch, J. 181.
Foix, Ch. 212.
Forel, A. 172.
Forster 101.
Français, H. 161. 162.
Franke, E. 221.
Friedländer 111.
Friedmann 110.

G.

Galezowski, J. 127.
Ganter 104.
Gaupp, R. 65.
Gerlach 129.
Gilbert 160.
Goldflam, S. 217.
Goldstein, P. 138.

Gordon, A. 223.
Gregor 108.
Guillain, G. 158. 162.
Gy 158. 164.

H.

Halbey, K. 222.
Haenel, H. 19. 24. 232.
Harrinhausen 176.
Heerfordt, C. F. 148.
Hegar 115.
Henschen 184.
Herzog, F. 179.
Hildebrandt 137.
Hillebrand, F. 40.
Hoche 58. 193.
Houzel, G. 158.
Hübner 108.
Hudovernig, C. 137.

J.

Jacob, L. 158.
Jacobson, L. 182.
Jendrassik 38.
Josefovitsch 177.
Jumentié, M. 215.

K.

Kalligaris 177.
Kappers, A. 216.
Kauffmann, M. 74. 133.
Keller, K. 131.
Klippel, 124. 164.
Klister, B. 36.
Knauer, A. 27. 38.
Knöpfelmacher 176.
Kolinowski 182.
Kollarits, J. 233.
Kölpin, O. 40.
Köster, F. 23.
Kötscher 229.
Krause, F. 73. 218.
Krause, P. 174.
Kron 218.
Kroner, K. 174.

L.

Laas 135.
Laignel-Lavastine 126. 214.
Laitinen, T. 226.
Lange, W. 79.
de Lapersonne, M. 158.
Laquer, L. 76.
Lasarew 179.
Lehmann, R. 188.
Léjouve, P. 125. 159. 161.

Lennois, N. 215.
Levaditti, C. 133.
Levi, E. 165.
Lévi, F. 170.
Levi, L. 126. 165.
Levy-Bruhl, M. 126.
Levy-Dorn, M. 174.
Lewy, F. H. 142.
Lhermitte, G. J. 125. 128. 161.
Liepmann, H. 136. 234.
Lilienstein 62.
Löwenstein 112.
Löwy, F. H. 145.
Löwy, M. 81.
Luther 190.

M.

Maas, O. 99.
Maeder, A. 50.
von Malaisé, E. 147.
Mann, L. 174.
Marbe, S. 129.
Marchand, M. L. 213.
Marcinowski, J. 30.
Marie, L. 133.
Masson, P. 170.
Mattauschek 189.
McKinniss, C. R. 229.
Meltzer 138.
Merle, M. P. 158. 161.
Merzbacher 132.
Meyer, S. 75. 145.
Mingazzini 146.
Mohr 103.
Müller, E. 23.
Müller, H. 24.

N.

Naecke, P. 166. 185.
Néri, Hr. 164.
Néri, M. 127.
von Nießl 27.
Noica, M. 124. 128. 213.

O.

Olmer 214.
Oppenheim 218.
Oppenheim, G. 140.
von Orzechowski 137.
Ossipow 107.
Ostankow, P. A. 222.

P.

Peeters 129.
Pelz, A. 148.
Perusini, G. 142.

Petrén, K. 177.
 Pfeilschmidt 146.
 Pfersdorff 64.
 Pfortner 135.
 Piazza 142.
 Pick, A. 74. 234.
 Pickenbach 132.
 Pierre-Weil, M. 124.
 Poggio, E. 135.
 Pototzky, C. 71.
 Preobraszensk, P. 152.

Q.

Quensel, H. 29.

R.

Raebiger 234.
 Raimist, J. 179.
 Ramisch 148.
 Ramond, L. 162.
 Raulot-Lapointe 161.
 Raymond, F. 127. 128. 159.
 161. 162. 163.
 Redlich, E. 136.
 Rehm, O. 41. 106. 131. 144.
 Renner 72.
 Resnikow 177.
 Risch 109. 115.
 Rizor 130.
 Rochon-Duvignard 162.
 Rönne, H. 220.
 Rosenthal, C. 224.
 Rossi 215.
 Rothmann, M. 100.
 de Rothschild, H. 126. 165.
 Roussy, G. 128. 160. 215.
 Roux, M. J. 125.

S.

Sachs, H. 35.
 Salomowicz, J. 184.

Samuely, O. 39.
 de Sanctis, S. 113.
 Sänger 166.
 von Sarbò, A. 178.
 Schabad 72.
 Schäfer 37.
 Schayer 97.
 Schlub 104.
 Schnitzer 230.
 Schott 68.
 Schultze, H. 26.
 Schütz 182.
 Schweiger, L. 144.
 Selter 108.
 Semon, M. 111.
 Sicard 161. 162. 212.
 Skliar 187.
 Soca 124.
 Sokolowsky 71.
 Souques, M. A. 127. 213.
 Spielmeier, N. 233.
 Steinert, H. 75.
 Stengel 115.
 Stern, R. 186.
 Stilling 64.
 Strasser, A. 181.

T.

Tambroni 109.
 Thibierge 127.
 Thomas, A. 163. 212. 214.
 Thomsen 63.
 Tiling, Th. 1.
 Tinel, J. 129. 212. 215.
 Tinel, M. 212.
 Touchard, P. 127. 163. 213.
 Toyofuku, T. 188.
 Trendelenburg, F. 19.
 Trendelenburg, W. 218.
 Troisier, J. 162.
 Tuczek, F. 166.

U.

Übeleisen, K. 179.
 Ugolotti 109.
 Urstein, M. 192.

V.

van Valkenburg, C. F. 216.
 Veasey, C. A. 137.
 Veraguth, O. 185.
 Vidoni 114.
 Vincent 128.
 Vogt, H. 110. 216.
 Volland 138.
 Vorberg, G. 78.
 Voss, G. 172.
 Vouters 159.

W.

Weil, P. 164.
 Weyert 186.
 Wiener 181.
 Wilbrand 166.
 Wilmanns, K. 204.
 Wimmer 107. 117.
 Windscheid, F. 116. 172.
 Wirth, W. 33.
 Wolff, G. 189.
 von Wyss, H. 151.

Y.

Yoshimura 215.

Z.

Ziehen 230.
 Zingerle, H. 147.
 Zosin, M. 125.

Zentralblatt für **Nervenheilkunde und Psychiatrie.**

33. Jahrgang.

Erstes Januarheft 1910.

Neue Folge 21. Bd.

I. Originalien.

Über den Schwachsinn.

Vortrag auf dem I. baltischen Ärztekongreß in Dorpat am 23.—25. August 1909.

Von Dr. **Th. Tilling,**

Direktor der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga.

M. H.! Die Mehrzahl aller chronischen Geisteskranken ist bekanntlich schwachsinnig. Die Bezeichnung schwachsinnig ist aber keine Diagnose, da sie eben alle Formen von Geistesstörungen umfaßt, wenn dieselben unheilbar geworden sind. Dieses chronische Stadium blieb lange Zeit als abgelaufener Prozeß wenig berücksichtigt; erst neuerdings haben die Intelligenzprüfungsmethoden das Interesse für die Schwachsinnformen erweckt und zu psychologischen Analysen und Diskussionen veranlaßt. Überhaupt arbeiten gegenwärtig die fachwissenschaftliche Psychologie und die Psychiatrie sich immer mehr in die Hände, aber bisher ist es doch nur ein Teil der Psychiater, der sich ganz auf den Standpunkt der modernen Psychologie gestellt hat. Das anatomische Denken durchkreuzt die konsequente Durchführung der psychologischen Anschauungen und lehnt sich mehr an die alte, jetzt sog. Populärpsychologie an, welche den einzelnen Seelenkräften eine zu große Selbständigkeit und Unabhängigkeit einräumt. Die schon aus vorkantischer Zeit stammende Dreiteilung der Seele in Gefühl, Verstand und Willen muß heutzutage anders verstanden werden als früher, und noch weniger kann das Denken in einzelne, fast voneinander unabhängige Vermögen geteilt werden, wie zu Zeiten Herbart's. Alle die Vermögen des Geistes, die in der Sprache ihre besonderen Namen erhalten haben, Gedächtnis, Phantasie usw., sind durch die Lokalisationslehre der Physiologie noch mehr gestützt worden, und es ist nicht zu leugnen, daß manche klinische Erfahrung zugunsten des Ausfalls oder der Erkrankung einzelner Geistesvermögen gedeutet werden kann, so z. B. die Schwäche der Merkfähigkeit bei relativ gut erhaltenem Rasonnement. Hier herrschte lange die Annahme, daß im Gehirne die Bilder früherer Eindrücke fertig aufgespeichert seien, die nun durch krankhafte Prozesse ausgelöscht würden. Demgegenüber aber lehrt die moderne Psychologie, daß das Gedächtnis,

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

ebenso wie alle Seelenvermögen, nicht eine einheitliche Kraft ist, sondern durch Zusammenwirken vieler Funktionen des Geistes zustande kommt, wobei offenbar noch individuell verschiedene Methoden zur Aufbewahrung des Gedächtnismaterials zur Anwendung kommen. — Ist es doch auch noch gar nicht lange her, daß die Geistesstörungen nach den drei Seelenkräften eingeteilt wurden in Melancholie, Manie und Paranoia; ja, auch heute noch faßt man vielfach die Melancholie als Erkrankung des Gemüts auf, wobei die übrigen Abnormitäten wie von einem Krankheitsherde aus reflektiert werden. Die neuen Klassifikationen haben freilich, nicht durch die Psychologie bewogen, wohl aber durch unbefangene Beobachtung, diesen künstlichen, deduktiven Standpunkt verlassen; sie betrachten bei allen Arten der Geisteskrankheiten den ganzen Menschen, die ganze Seele als erkrankt. Nicht so die Gesetzgebung und die Gerichte; diese verlangen noch heute den ausdrücklichen Nachweis dafür, daß der Intellekt des Individuums mitgelitten habe; als ob sich das nicht von selbst verstände! Das ist die Herrschaft der alten intellektualistischen Psychologie des 18. Jahrhunderts. Bei den Laien herrscht sie noch heute. Demgegenüber lehrt nun die fachwissenschaftliche Psychologie nachdrücklich, daß die Seele nur eine und dieselbe Kraft ist; sie erkrankt also auch in toto. Von diesem Standpunkt müssen wir die Geistesstörungen und den Schwachsinn betrachten, angefangen von den leichten Abnormitäten der Minderwertigen oder Degenerierten. Diese bieten uns allerdings die verschiedenartigsten Bilder dar, aber wir beachten gewöhnlich nur einige sozial besonders in die Augen springende Züge derselben vom moralischen oder ästhetischen oder praktisch-beruflichen Gesichtspunkt aus; in der Tat sind diese Individuen durchweg krankhaft und in keiner Hinsicht ganz normal. Auch diejenigen unter ihnen, deren Eigenheiten harmlos und unschädlich sind, werden, wenn die Schiefheiten ihres Wesens nicht überwunden oder gemildert werden, im Laufe der Jahre immer abnormer und in leichtem Grade schwachsinnig. Wir wissen, daß die leicht Imbezillen auch in moralischer Hinsicht nicht das Niveau des normalen Menschen erreichen können; sie können fleißig und strebsam und folgsam sein; sie können Treue und Anhänglichkeit, auch Dankbarkeit in kindlich naiver Weise zeigen, aber die intellektuellen Gefühle sind ihnen fremd; feineres Ehrgefühl, gewissenhafte Wahrhaftigkeit, Gerechtigkeit ohne Ansehung der Person, diese höheren Grade der Kultur und des Gewissens können sie nicht erreichen; dazu gehört Kritik und Beherrschung vieler Impulse und die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzufühlen, und das vermögen sie nicht. So steht es nun auch mit denjenigen Minderwertigen, denen wir einen ungeschwächten Intellekt zuzugestehen pflegen, den Hysterischen, Perversen, Querulanten, den mit

Zwangsideen und Phobien Behafteten. Auch bei ihnen erweist es sich, daß alle Seiten des Menschen mitleiden und mitleiden müssen, wo scheinbar nur eine verkümmert ist; mit anderen Worten, auch bei ihnen liegt kein partieller Defekt vor, sondern das ganze Wesen ist ergriffen, es tritt nur in verschiedenen Erscheinungen an die Oberfläche. Die Gedankengänge dieser Kranken sind einseitig und oberflächlich, die Kranken lassen jedes tiefere, objektive Eindringen vermissen, sie kommen zu keinem Schluß und Resultate, und wenn sie auch viel über sich und ihre Leiden nachdenken, so ist das doch fruchtlos und besteht eigentlich nur in Anläufen und Wiederholungen, und wenn sie über Personen und Ereignisse reden, die sie nicht unmittelbar angehen, so sieht man, daß sie keine Zeit und keinen Raum haben für gründliches eigenes Nachdenken, vielmehr diese Dinge ihnen fernliegen und sie wenig angehen, für sie zur Nebensache geworden sind gegenüber den im Vordergrund stehenden Grübeleien. Ihre Betrachtungen dieser Art klingen wie auswendig gelernte Lektionen, zu denen sie nichts Eigenes hinzuzufügen haben, und das rächt sich mit der Zeit. Diejenigen unter ihnen, die von traurigen Stimmungen beherrscht werden, pflegen sich selbst als gänzlich leer im Innern, als stumpf und tot und dumm zu bezeichnen. Sind solche Zustände bleibend, dann enden sie alle mit gedanklicher Verarmung und Unfähigkeit zu klarem und fruchtbarem Denken. Es wird dem Bewußtsein kein neues Material zugeführt, das alte aber wird durch ewige Wiederholung und mangelnde Gymnastik immer mehr zu phrasenhaften Formeln, so werden sie schwachsinnig. — Bevor ich zur Besprechung des Schwachsinn übergehe, der das Endstadium der voll entwickelten Psychosen darstellt, muß ich eine Lehre der Psychologie vorausschicken, die, meiner Ansicht nach, am besten die Unterschiede der Schwachsinnarten erklärt: ich meine die Lehre vom Ober- und Unterbewußtsein. Das Oberbewußtsein nämlich enthält die stets wachen, disponibeln, sprachlich klar fixierten Vorstellungen und Begriffe; einige nennen sie die diskursiven, andere die liquiden. Diese Vorstellungen und Begriffe und die üblichen Gedankenverbindungen sind uns mit der Muttersprache, durch die Schule, Lektüre und unseren Beruf fertig übermittelt worden. Es gibt Menschen, die ihr Leben lang nur mit diesem Inventar operieren. Sie beherrschen vielleicht ein reiches Tatsachenmaterial und eine gute Ausdrucksweise und gelten daher mit Recht für kenntnisreich, für gute Redner und Schriftsteller; erst bei fortgesetztem Verkehr mit ihnen fangen wir an, die eigenen Gedanken an ihnen zu vermissen; wir finden, daß sie sich wiederholen, während andere das gleiche Thema von verschiedenen Seiten beleuchten, indem sie Vergleiche und Gegenüberstellungen aus fernerliegenden Gebieten ihrer

1*

persönlichen Erfahrung und Arbeit heranziehen und so dem Gespräch ein individuelles Gepräge verleihen. Hier nun kommt das Unterbewußtsein zur Geltung. Dieses enthält nicht nur mehr oder weniger verblaßte Tatsachen, sondern schlummernde, affektbetonte Erfahrungen oder Komplexe, frühere, kaum mehr in Worten fixierte und darum nach passenden Ausdrücken ringende Anschauungen, die nur bei intensiver Beschäftigung mit einer Frage sich plötzlich melden, nicht selten zum Erstaunen des Denkenden selbst. Die Aufmerksamkeit ist nämlich, wie die Psychologen lehren, geteilt; es findet neben dem geordneten, planmäßigen Denken ein Nebendenken statt, und dieses streift das weite Feld des Unterbewußtseins, und die Gegenstände dieses Nebendenkens werden bruchstückweise in das sprachlich formulierte Oberbewußtsein hinaufgehoben und dort durch Vergleichen und Unterscheiden zurückgewiesen oder gesichtet, dem Gedankengange eingeordnet. Das ist das intuitive Denken oder die Phantasie. Es findet so eine Verknüpfung früherer, oft dem Gegenstande des Nachdenkens inhaltlich fernliegender und doch zum Vergleich sich bietender Ideen, Analogien usw. statt. So kommen z. B. die Theorien, Hypothesen, Erfindungen, plötzliche Einfälle, Träume, Witze usw. zustande. Je tiefer man aber in das Unterbewußtsein eindringt, desto unklarer, undeutlicher wird der gedankliche Teil des aufgespeicherten Stoffes; die früheren Überlegungen ruhen dort als Dispositionen, als Voreingenommenheit, als Strebungsrichtung und Einstellung des Individuums für zukünftige Entschließungen, also als das, was wir als persönliche Art des Fühlens und Reagierens bezeichnen.

Diese Lehre vom Unterbewußtsein ist auch schon in psychiatrischen Arbeiten vertreten, und zwar in Arbeiten über Hysterie, *Dementia praecox* und über Träume; mir scheint sie auch anwendbar zur Deutung der verschiedenen Bilder, unter denen der Schwachsinn zur Beobachtung gelangt. Es liegt auf der Hand, daß die krankhafte Störung ganz zuerst den Austausch zwischen diesen beiden Gedankenwelten hindert, von deren Gleichgewicht ein gesundes und fruchtbares Denken abhängt, ja daß in diesem gestörten Gleichgewicht eigentlich das Wesen der Geisteskrankheit besteht. Das eine oder das andere Bewußtsein erhält das Übergewicht oder kommt sogar allein zur Geltung. Die weitere Folge muß notwendig Monotonie sein oder Ideenflucht mit phantastischen Einschlügen. Im Schwachsinn, dem Höhepunkt oder der letzten Staffel dieser falschen Entwicklung, muß sich daher am augenfälligsten und krassesten der Ausfall der einen Hälfte des menschlichen Geistes dokumentieren. Und in der Tat können wir das beobachten. Prüfen wir zunächst die größte Gruppe aller Schwachsinnigen, die zur *Dementia praecox* gerechneten Fälle, so zeigt sie zwei auffällig verschiedene, ja entgegengesetzte Typen von Schwachsinn, zwischen denen, wie überall,

Mischungen vorkommen. Der größere Teil dieser Dementen verhält sich stumm und apathisch: er ist innerlich verödet und verarmt; nur von Zeit zu Zeit treten bei den Kranken vorübergehend Explosionen oder Agitation, unter dem Einfluß von elementaren Sinnestäuschungen, auf. Hierbei, wie in ihren sonstigen spärlichen Äußerungen, sind sie auffallend stereotyp; dieselben Äußerungen kehren nach langen Pausen wörtlich wieder. Diese zeigen also recht kraß, daß in ihrem kranken Geist ein stetes Wiederholen der fest formulierten Gedankengänge und Phrasen, ohne Erneuerung durch äußere Sinneseindrücke und ohne neue Reflexionen, sie zu Automaten gemacht hat. Von dem, was um sie her vorgeht, nehmen diese Kranken keine Notiz. So wiederholen manche von diesen Kranken jahraus, jahrein wörtlich dieselbe Klage und dieselbe Forderung; andere verhalten sich schweigend, und man erfährt nur selten von ihnen dieselben wahnhaften Äußerungen oder Bruchstücke derselben. Ganz im Gegensatz zu diesen Schwachsinnigen bleibt der andere Teil der sog. Dementiapræcox-Fälle immer lebhaft und regsam; er beachtet aufmerksam die Vorgänge in seiner Umgebung, die Mitkranken und das übrige Personal der Anstalt, sammelt wertlose Gegenstände, liest auch in Büchern oder Zeitungen und verarbeitet das, was er dort aufgeschnappt hat. Das sind die Kranken, welche vollkommen verwirrtes Zeug reden. Ihre Kombinationen sind unverständlich, aber die neueste Schule in der Psychiatrie hat durch geistreiche Analyse in dem scheinbaren Wirrwarr der Gedanken doch den Ariadnefaden gefunden; ebenso wie im Deuten der Träume. Diese paranoiden Dementen also knüpfen natürlich immer an frühere Erlebnisse an; man nennt diese auftauchenden Erinnerungen affektbetonte Komplexe des Unterbewußtseins, sie knüpfen aber auch weiter unermüdlich neue Beziehungen zwischen ihrer Person und den heterogensten Dingen in der Außenwelt. Um ihre kühnen Erklärungen und Beziehungen auszudrücken, genügen ihnen nicht gewöhnliche Worte: sie greifen zu neuen Wortbildungen, es treten verstümmelte Substantiva und Verba auf, besonders auch merkwürdige Fremdworte und Verschmelzungen, die sog. Neologismen, Kontaminationen usw. Es ist offenbar, hier treten in starkem Ringen um den Ausdruck dunkle Empfindungen, Vorstellungen, Ahnungen ans Tageslicht. Die Beobachtung und Erfahrung lehrt nun recht deutlich, daß bei diesen Kranken die zwei verschieden zusammengesetzten Bewußtseinsinhalte, das Oberbewußtsein und das Unterbewußtsein, nebeneinander oder miteinander alternierend, tätig sind, ohne einen Ausgleich, eine Verschmelzung zu einem Ganzen zu finden. Solche verwirrte Kranke nämlich sind nicht selten imstande, in gewöhnlicher, vorgeschriebener Form einen Geschäftsbrief mit den Angaben über ihre Person und ihre Qualifikation zu schreiben, oder

in ganz verwirrtem Zustande von ihren Anverwandten, denen sie bei dem Besuch vernünftig erschienen, nach Hause genommen, dort zu erwachen, sich wieder den gewohnten Lebensformen zu akkommodieren, ja in ihre frühere Beschäftigung einzutreten oder wenigstens mechanische Arbeiten, z. B. als Handwerker, mit praktischem Sinn zu verrichten. Das tun sie, ohne ihren Beziehungswahn zu korrigieren; er wird von ihnen nur für kürzere oder längere Zeit ausgeschaltet unter dem Muß der täglichen Pflicht und dem Zwang der Familienverhältnisse. Die rein dementen Hebephrenen und ein großer Teil der Katatoniker gehören zur ersten Kategorie, die Paranoiden und ein anderer Teil der Katatoniker zur zweiten. Hervorheben möchte ich hier nur, daß die Frage nach der organischen Grundlage der Dementia praecox, die in allen neueren Arbeiten über diese Krankheitsform im Vordergrund steht, doch sicherlich nur für denjenigen Teil der Kranken in Betracht kommt, welcher der vollständigen Verblödung anheimfällt, nachdem das Leiden lange Zeit progressiv gewesen ist, während die zweite Kategorie von Kranken, die ihr ganzes Leben lang wach und teilnehmend bleibt, nur nach den psychischen Gesetzen ihre Verwirrung immer bunter ausgestaltet oder auch immer monotoner ihre Behauptungen und Forderungen um Befreiung aus der Anstalt wiederholt. Ein Zerfall oder Erlöschen der geistigen Tätigkeit ist von diesen Kranken nicht wahrzunehmen.

Ebenso sind in der zweiten großen Gruppe von Schwachsinnigen resp. Blödsinnigen, den Paralytikern, zwei Unterabteilungen psychologisch und klinisch zu unterscheiden, die produktiven und die sterilen. Die ersteren, die produktiven, bieten das typische Bild des Größenwahns, seltener auch anderer Wahnideen dar, die letzteren gleichen zu Beginn den Neurasthenikern: sie sind leicht hypochondrisch verstimmt oder kritiklos optimistisch; erst nach Jahren verfallen auch sie wilden und jagenden Phantasien, und dann tritt Agitation auf mit Zerstörungstrieb, Unsauberkeit usw. Es soll hier nur darauf hingewiesen werden, daß weder das Auftreten und das Fehlen von Wahnideen und Halluzinationen, noch die Art der Wahnideen direkt durch den destruktiven Prozeß im Gehirn der Paralytiker verursacht werden können. Weder eine richtige noch eine falsche Idee, Vorstellungen und Begriffe können anders entstehen, als allein aus dem vorhandenen geistigen Inventar des Individuums. Das Operieren mit diesem Inventar muß wohl durch körperliche Zustände quantitativ verändert, erleichtert oder behindert werden, aber qualitativ Neues erzeugen oder hinzufügen kann der Gehirnprozeß niemals, das lehrt die Psychologie und wohl auch die neuere Psychiatrie.

Da nun alle Arten geistiger Abnormitäten und Krankheiten in Schwach-

sinn übergehen können, wobei sie in den Hauptzügen ihr Wesen und charakteristisches Gepräge behalten, so sehen wir auch Melancholien und Manien diesen Ausgang nehmen. Beide Formen stehen im Kern einander nahe, indem das Gefüge oder das Gleichgewicht zwischen Position und Negation, zwischen Vorstellung und Gegenvorstellung, gelockert ist und im einen Fall das Negative, die Hemmung, herrscht, im andern das ungebundene Spiel der sich zufällig darbietenden Vorstellungen, die Ideenflucht, so fehlt das Weiterverfolgen der Gedanken, die Kontinuität. Entweder beharrt eine Vorstellung auf demselben Punkt, ohne weitere Gedanken daran zu knüpfen, oder sie taucht zu schnell unter, um anderen Platz zu machen. Weder der eine noch der andere Modus des Denkens findet die Möglichkeit, aus dem Born des reicheren Unterbewußtseins zu schöpfen; er begnügt sich daher mit den oberflächlichsten und trivialsten Gedanken, und es bieten sich in beiden Fällen auch nur die nächstliegenden Dinge zum Besprechen dar. Auch in den höheren Graden der Manie, wo Wahnideen das Bild bunter gestalten, auch da bleiben die Ideen unfruchtbar, künstlich forciert, es fehlt ihnen die Phantasie, die dem Wahn die anschauliche, plastische Realität verleiht. So enden sowohl die Melancholiker wie die Maniaki in eintönigen, stereotypen Geistesproduktionen, nicht wie die Paranoiker und Paranoiden, die ihren Wahn immer weiter ausgestalten und neue Fäden und Beziehungen finden, die mit den Gestirnen und den geheimsten Kräften der Natur verknüpft sind. Diesen genügen kaum die neuesten Entdeckungen oder Hypothesen der Naturwissenschaft zur Erklärung dessen, was um sie her vorgeht. Ihr ganzes Bewußtsein, das Oberwie das Unterbewußtsein, die Komplexe mit ihren Affekten sind an der Arbeit, ihre Phantasie bleibt in Übung, indem sie immer Verkehrteres ausbrütet und zutage fördert, während der Maniakus oberflächlich, vielgeschäftig und geschwätzig bleibt.

Der enge Rahmen eines Vortrages gestattet nicht, auf die neueren psycho-analytischen wichtigen Arbeiten näher einzugehen; nur so viel sei hier bemerkt, daß die Ergebnisse dieser Untersuchungen, die meist auf die Dementia praecox sich erstrecken, ebenso für alle Formen von Geistesstörung Geltung beanspruchen können, die mit Wahnideen und Halluzinationen verlaufen. Die affektbetonten Komplexe sind Teile des Unterbewußtseins, die neben vielen anderen Spuren von Erlebnissen dort schlummern, nicht in Zusammenhänge geordnet, sondern unzusammenhängend. Durch zufällige oder auch gesuchte Konstellationen werden einzelne von solchen Komplexen wach, d. h. durch ungewollte Assoziationen der Ähnlichkeit, Gleichzeitigkeit usw., oder durch Nachdenken, Erklärungsversuche des Oberbewußtseins. In letzterem Fall kommt der Beziehungswahn zustande,

in ersterem Fall brechen die Komplexe gleichsam spontan, als etwas Fremdes, weil ungesucht, als Halluzinationen ins Oberbewußtsein ein. Die Ansicht, daß die Fixierung des Wahns durch einen und denselben dauernden Affekt bedingt werde, legt den Affekten eine zu große Selbständigkeit bei; die schlummernden Komplexe sind gleichzeitig beides, Erinnerung und Affekt, keines von beiden geht dem andern voraus oder kann es bedingen. So dürfen wir die Fixierung nur dem krankhaften Dissoziationsprozeß zuschreiben, d. h. die Einheitsbeziehungen zwischen dem einzelnen psychischen Vorgange und sonstigen psychischen Leben sind minder feste geworden, und der normale Zu- und Abfluß der Ideen und Gefühle macht einer Stauung Platz. Die Komplexe werden nicht mehr assimiliert, absorbiert und so allmählich aus dem Oberbewußtsein verdrängt, sondern bleiben dauernd gegenwärtig. Es ist diese Änderung als eine Herabsetzung der gesamten psychischen Kraft anzusehen; die Verschmelzung aller Teile und das Fortschreiten des Denkprozesses ist unmöglich geworden. Hier möchte ich noch ausdrücklich auf diejenigen Schwachsinnformen eingehen, bei denen in erster Reihe die Merkfähigkeit gelitten hat, auf die amnestische Demenz der Alkoholiker, Senilen usw. Kann bei diesen Kranken von einer, wie es den Anschein hat, partiellen, vielleicht sogar lokalisierten Schädigung die Rede sein? Das Gedächtnis ist natürlich nicht ein gesondertes Seelenvermögen, sondern nach psychologischer Definition nichts weiter als durch das frühere Erfahren und Erleben hinterlassene Dispositionen zu Vorstellungen bestimmter Art. Welcher Art Vorstellungen gemeint sind, wird nicht ausdrücklich gesagt, darum möchte ich hinzufügen: unter den im Unterbewußtsein ruhenden Vorstellungen sind es die konkreten, die Tatsachen, Daten, Zahlen, Namen usw., welche — anders als die begrifflichen Assoziationen und Kombinationen, isoliert in das Oberbewußtsein aufsteigen oder willkürlich hervorgezogen werden — die wir als Gedächtnisleistung betrachten. Hierbei ist aber noch zu bemerken, daß die Merkfähigkeit bei verschiedenen Menschen individuell verschieden funktioniert, indem bei manchen, namentlich bei Kindern, neuer Stoff durch mechanische Merkzeichen festgehalten wird, bei anderen dagegen, namentlich bei älteren und gebildeten Leuten, durch inhaltliche Zusammenhänge und Beziehungen, also nicht wörtlich. Der Verlust der Merkfähigkeit beruht also auch auf einer Lockerung oder Dissoziation. Die wichtigste Leistung der psychischen Kraft ist erlahmt, die Zusammenfassung der Teile zum Ganzen, zur Einheit. Diese Zusammenfassung allein ermöglicht logisches Denken, sonst entsteht ein Doppelbewußtsein, aber sie unterstützt zugleich auch die Merkfähigkeit.

Die schweren und komplizierten Formen der Psychosen bieten im allgemeinen zwei Typen dar, je nachdem sie mehr produktiv oder mono-

ton sind, je nachdem das Unterbewußtsein die Hauptrolle spielt oder das alltägliche Oberbewußtsein. Das Oberbewußtsein hat die Führung in den maniakalischen Zuständen, etwas weniger in den melancholischen; es beherrscht das Bild ganz in den Grenzfällen zwischen Gesundheit und Krankheit bei den Minderwertigen. Diese verfallen im Laufe der Jahre auch einem Schwachsinn leichten Grades, indem sie immerfort denselben Befürchtungen und Sorgen leben oder denselben Utopien nachjagen, bis sie, alles übrige vernachlässigend, ganz rückständig geworden, nicht mehr fähig sind, den Ideen und Interessen der Umgebung zu folgen. Durch Mangel an Übung sind sie zuletzt gemüthlich und geistig arm und stumpf geworden.

Kritische Bemerkungen zu M. Urstein's¹⁾ Buch: „Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein.“

Von Dr. Georges L. Dreyfus, Berlin-Wilmersdorf.

Die brennendsten psychiatrischen Fragen drehen sich zurzeit um das manisch-depressive Irresein und die Dementia praecox. Trotz vieler Detailarbeit und trotz zahlreicher Gesichtspunkte sind diese beiden Psychosen weder genügend scharf umgrenzt, noch ist ihre Differentialdiagnostik mit solch wünschenswerter Schärfe ausgebaut, daß wir stets in der Lage sind, auf Grund der Anamnese und des Zustandsbildes mit Bestimmtheit eine hebephrene von einer zirkulären Depression, einen katatonen von einem zirkulären Erregungszustand zu trennen. Leider müssen wir manchmal erst den Verlauf abwarten, ehe es uns möglich ist, ein zuverlässiges Urteil abzugeben. Dies liegt z. T. wohl an unserer noch nicht genügend differenzierten Beobachtungsschärfe, z. T. aber auch wohl an unserer unzureichenden Kenntnis des Verlaufs und Ausgangs gewisser in Betracht kommender Krankheitsbilder, nach deren Kenntnis wir dann rückwärts verfolgend unter Umständen differentialdiagnostisch bedeutsame Momente aufstellen könnten. Jede Arbeit, die sich also mit diesen ganz im Vordergrund des Interesses stehenden „funktionellen“ Psychosen beschäftigt, wird zu begrüßen sein; es wird jedoch noch vieler Vorarbeit bedürfen, bis wir am Ziele sein werden. Wollen wir aber eine wirkliche Förderung in dieser Frage erfahren, so wird man von dem Bearbeiter vorzügliche psychiatrische Schulung im Verein mit vollkommener Objektivität und schärfster Kritik verlangen müssen. Einseitige Betrachtungsweise muß notwendigerweise übers Ziel schießen und in eine Sackgasse führen.

Die Umgrenzung der Dementia praecox hat in den letzten Jahren ebenso schwerwiegende Wandlungen durchgemacht, wie die des manisch-depressiven Irreseins. Zweifellos wurde von der Kraepelin'schen Schule früher zu häufig

¹⁾ Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1909, 372 Seiten.

die Diagnose *Dementia praecox*, z. T. auch auf Kosten des manisch-depressiven Irreseins, gestellt. Die völlige, eventuell dauernde Genesung vom Anfall, der periodische, resp. rezidivierende Verlauf, eventuell in gegensätzlichen Phasen, die genauere Entwirrung des Zustandsbildes im Verein mit einer eingehenden Anamnese gaben u. a. wichtige Gesichtspunkte zur Revision der Diagnose bei in Frage kommenden Krankheitsbildern. In welcher Weise von Kraepelin und seinen Anhängern die Lehre vom manisch-depressiven Irresein ausgebaut worden ist, hat Bumke¹⁾ erst kürzlich beschrieben, so daß ich auf seinen Aufsatz verweisen kann. Auf zwei mir besonders wichtig erscheinende Momente möchte ich hier jedoch noch besonders hinweisen: 1. Abgesehen von den dauernd zirkulär verlaufenden Formen ist die früher postulierte vollkommene Genesung vom einzelnen Anfall in letzter Zeit etwas modifiziert worden. Es gibt manisch-depressive Kranke, die — meist nach zahlreichen Anfällen — nicht mehr gesunden. Sie geraten in einen chronischen Mischzustand, der gar nicht selten einen tatsächlich nicht bestehenden Schwachsinn vortäuscht. Andere bekommen zu ihrem eventuell schon seit vielen Jahren bestehenden manisch-depressiven Irresein arteriosklerotische Zutaten und bieten Bilder, die entweder als Mischung beider Psychosen oder als reine arteriosklerotische Demenz gedeutet werden müssen. — Des ferneren ist von Kraepelin²⁾ schon erwähnt, von Wilmanns³⁾ aber zuerst mit voller Schärfe ausgesprochen und mit entsprechenden Krankengeschichten belegt worden, daß katatonische Symptomenkomplexe beim manisch-depressiven Irresein vorkommen. — Ganz besonders durch diese beiden Momente wurde das manisch-depressive Irresein wesentlich erweitert. Aber berechtigterweise taucht neuerdings die Frage auf: Gibt es Krankheitsbilder, die als Übergangsformen der beiden Psychosen, die bis jetzt als grundsätzlich verschieden galten, anzusprechen sind? Der chronisch manisch-depressive Kranke ähnelt dem geistig leicht geschwächten Hebephrenen bisweilen zum Verwechseln, der katatonische Symptomenkomplex innerhalb des manisch-depressiven Irreseins entlehnt ja seinen Namen der Symptomatologie der *Dementia praecox*.

In Berücksichtigung all der schwebenden Fragen mußte das Buch Urstein's, das die Stellung der *Dementia praecox* zum manisch-depressiven Irresein auf Grund persönlicher Untersuchungen von mehr als 1000 Kranken, die zumeist über 10 bis 40 Jahre krank sind, zu beleuchten versuchte, große Erwartungen erwecken. Wohl selten ist mit emsigstem Fleiße und größter Ausdauer ein solch großes Material zusammengetragen worden. Einerseits verfolgte Urstein die Schicksale früher als *Dementia praecox* diagnostizierter Kranker, u. a. auch derjenigen, welche in den Jahren 1891—1896 von Kraepelin in Heidelberg als *Dementia praecox* angesprochen worden waren, andererseits studierte er die Krankengeschichten von stationären Zuständen der *Dementia praecox*, die er selbst in Irrenanstalten beobachten konnte.

Es gilt nun, kritisch zu prüfen, ob es Urstein gelungen ist, dieses Material so zu verarbeiten, daß seine Schlüsse auch von anderen anerkannt werden können

¹⁾ Bumke, Oswald, Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralblatt f. Nervenhlk. und Psychiatrie, Juni 1909.

²⁾ Kraepelin, E., Psychiatrie, VII. Aufl., 1904.

³⁾ Wilmanns, K., Zur Differentialdiagnostik der „funktionellen“ Psychosen. Zentralblatt für Nervenhlk. und Psychiatrie, 1. VIII. 1907.

und überzeugend wirken. Dafür ist es nötig, daß ich auf einige mir wichtig erscheinende Punkte etwas näher eingehe.

Es ist gewiß nicht uninteressant für die Beurteilung des Buches, aus diesem zu entnehmen, welche Krankheitsbilder Urstein vor seinen Untersuchungen zum manisch-depressiven Irresein zählte. Man wird dann alsbald erkennen, daß er diese Diagnose sehr viel häufiger stellte, als andere Anhänger Kraepelin's je vor sich hätten verantworten können. Durch Verkennung der von Wilmanns aufgestellten Behauptungen sowohl als auch durch übermäßige Bewertung einzelner bei der Dementia praecox vorkommender, an das manisch-depressive Irresein erinnernder (sog. „zirkulärer“) Symptome und offenbar ohne Berücksichtigung des Gesamtbildes stellte Urstein vor seinen obenerwähnten Untersuchungen die Diagnose manisch-depressives Irresein bei Krankheitsbildern, die andere selbstverständlich als Dementia praecox erkannt hätten. Das geht schon aus der von Urstein wiedergegebenen Kasuistik hervor. (Es werden 30 ausgewählte Krankengeschichten publiziert.) Es wäre mir sonst ganz unverständlich, warum Urstein in der Mehrzahl seiner Fälle Krankengeschichten mit größter Breite wiedergibt, die uns meines Erachtens das typische Bild der Dementia praecox vor Augen führen, wenn ich nicht annehmen müßte, daß ihn einige in der Krankengeschichte angeführte „zirkuläre“ Symptome eine Differentialdiagnose in Betracht ziehen ließen, resp. bei der Lektüre des Journals zur Diagnose manisch-depressives Irresein verleiteten. Den vollen Beweis für diese Annahme fand ich in der Behauptung Urstein's, daß Kranke, die in den Jahren 1891 bis 1896 von Kraepelin in Heidelberg als Dementia praecox-Kranke angesprochen wurden und bei welchen tatsächlich die Krankheit einen der Diagnose entsprechenden Verlauf nahm, „heute unter keinen Umständen als künftige Verblödungsprozesse erkannt werden würden“. Woher nimmt Urstein das Recht zu dieser Behauptung? Finden wir doch in keiner seiner publizierten Heidelberger Krankengeschichten ein nach unserer heutigen Auffassung manisch-depressives Krankheitsbild, das damals die Diagnose Dementia praecox erhielt. Wie sehr Urstein selbst früher die Bedeutung einzelner Symptome überschätzte, worin ihm die Kraepelin'sche Schule wohl niemals recht gab, erhellt aber auch aus seinen eigenen Angaben: „Früher schätzte ich einzelne Symptome, insbesondere Affektivität, geistige Regsamkeit, bzw. Interessen und dergleichen mehr, zu hoch ein“ (S. 39). Ferner: „Wenn stuporöse Kranke bei Bedrohung mit einer Nadel oder energischer Aufforderung im Gesicht rot wurden, weite Pupillen, eine Beschleunigung des Pulses und der Atmung bekamen, dem Arzt flehentliche Blicke zuwarfen, wobei es den Anschein hatte, daß sie antworten wollten, jedoch außerstande gewesen sind, irgend etwas hervorzubringen, so war ich geneigt, zumal wenn noch zirkuläre Symptome voraufgingen, einen depressiven Stupor zu diagnostizieren.“ — Danach, sowie noch aus ähnlichen anderen Behauptungen muß man wohl den Eindruck gewinnen, daß Urstein's Polemik sich nicht zum kleinsten Teil gegen seine eigene frühere Anschauung richtet, die er ohne irgendwelche Berechtigung mit der Kraepelin's und seiner Anhänger identifiziert.

Ebenso aber wie Urstein früher die Diagnose manisch-depressives Irresein zu häufig stellte, scheint er jetzt in das entgegengesetzte Extrem zu verfallen. Dies geht für mich schon aus dem Umstand hervor, daß seine Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken ihn jetzt dazu führen, mit Sicherheit zu behaupten,

„daß die zirkuläre Psychose, wie sie heute charakterisiert wird, eine Verlaufsphase der Dementia praecox sein kann“. Daß Urstein damit nicht nur die zweifelhaften Fälle meint, wird dadurch evident, daß er glaubt aus seinen Darlegungen den Schluß ziehen zu dürfen, „daß wir nicht einmal dort berechtigt sind, ein manisch-depressives Irresein zu diagnostizieren, wo die Anfälle, resp. Zustandsbilder rein zirkulär, besonders depressiv sind“.

Nach seinen Untersuchungen an so zahlreichen Dementia praecox Kranken verwirrt sich für Urstein das klinische Bild des manisch-depressiven Irreseins völlig: „Beginnt die Psychose mit einer typischen Depression, so resultiert daraus sowohl eine Dementia praecox wie ein manisch-depressives Irresein.“

Weder die klinische Gestaltung, noch die zeitliche Abgrenzung, resp. Periodizität, noch der Übergang der beiden Krankheitsabschnitte ineinander lassen nach Urstein die Diagnose Dementia praecox ausschließen, ja er weiß nicht einmal, „ob wir überhaupt berechtigt sind, auf Grund dieser Charakteristika eine ganz bestimmte Krankheitsform, nämlich die des zirkulären Irreseins aufzustellen“.

Derartiges kann nur von jemandem behauptet werden, der das manisch-depressive Irresein nicht kennt. Diese Auffassung wird durch Urstein's Selbstbekenntnis gestützt: „Was eigentlich als manisch-depressives Irresein betrachtet werden muß, vermag ich nicht zu entscheiden.“ Trotz dieses Unvermögens setzt sich Urstein als Ziel seiner Untersuchungen: Die Stellung der Dementia praecox zum manisch-depressiven Irresein. —

Ebensowenig wie Urstein — nicht einmal in groben Umrissen — eine Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins gibt, ebensowenig gibt er, trotz seiner Untersuchungen an vielen hundert Dementia praecox Kranken, ein einigermaßen klar umschriebenes Bild dieser Psychose. Ich habe aus der Lektüre seines Buches und auch aus einigen wenigen seiner Krankheitsgeschichten den Eindruck gewonnen, daß er eigenartige Bilder hierzu rechnet, die er vorsichtigerweise besser noch als unklare Fälle bezeichnet hätte, um so mehr als bei einigen von diesen noch keine abgeschlossenen Krankheitsbilder vor ihm lagen. Es entzieht sich meiner Beurteilung, ob die als Alkoholpsychosen beginnenden Bilder, ebenso wie die mit Arteriosklerose einhergehenden Zustände, insbesondere aber auch die delirösen Formen, sowie diejenigen mit manifesten zerebralen Herderkrankungen insgesamt als Dementia praecox gedeutet werden dürfen. Leider gibt uns Urstein für diese wichtigen Fragen ganz ungenügendes, resp. gar kein Material an die Hand, um seine Urteile nachzuprüfen. Nach meiner Auffassung wäre es für die Dementia praecox Frage entschieden förderlicher gewesen, wenn er das publizierte Material mit den zahlreichen ganz eindeutigen Fällen erheblich gekürzt und mehr zweifelhafte Fälle gebracht hätte.

Ich wende mich nunmehr zu den beiden wichtigsten Abschnitten des Buches, zu dem Kapitel über die Symptomatologie und die Differentialdiagnose der Dementia praecox.

Dadurch, daß Urstein bei der Symptomatologie der Dementia praecox die er gibt, nur „zirkuläre“ Symptome erörtert und eine systematische Darstellung aller Symptome nicht anstrebt, wird das von ihm entworfene klinische Bild der Dementia praecox unklar und verschwommen, da man sich keine Vorstellung davon machen kann, wie oft, wie viele, und in welchem Zusammenhang solche „zirkuläre“ Symptome auftreten, ferner was schon bei dem jeweiligen Zu-

standsbild deutlich für Dementia praecox spricht, kurz wie vor allem das Gesamtbild aussieht. Bemerkenswert ist, daß für die Darstellung der sogenannten zirkulären Symptome, die bei der Dementia praecox vorkommen sollen, ein großer Teil des Heidelberger Materials verwendet wurde, d. h. die Fälle, die Kraepelin trotz der „zirkulären“ Symptome für Dementia praecox Kranke erklärt hatte. Da von Urstein auf das sorgfältigste nur die Klagen hervorgehoben, die Beobachtungen registriert wurden, die auch bei manisch-depressiven Kranken vorkommen, und da nur diese bei Zusammenstellung der Symptomatologie aus den zahlreichen zu Gebote stehenden Krankengeschichten ausgewählt wurden, könnte man den Eindruck gewinnen, daß bei Dementia praecox Kranken häufig zirkulär erscheinende Zustandsbilder beobachtet werden. Liest man jedoch die von Urstein publizierten Krankengeschichten, von denen die Mehrzahl unter dem Gesichtspunkt der Übereinstimmung mit echten manisch-depressiven Zustandsbildern wiedergegeben worden sind, so sieht man alsbald, daß diese „zirkulären“ Symptome nur ganz vereinzelt beobachtet werden und bei der Beurteilung durch das im übrigen durchaus katatone Bild keinerlei dominierende Rolle spielen können. Daß Dementia praecox Kranke vereinzelt die gleichen Klagen wie Manisch-depressive äußern, daß sie ferner an zirkuläre Bilder erinnernde Zustände bieten können, hat bereits Wieg-Wickenthal¹⁾ betont und auch bei Kraepelin finden wir diesbezügliche Hinweise. Es ist aber gewiß ein Verdienst von Urstein, darauf aufmerksam gemacht zu haben, daß häufiger als man bisher annahm derartiges bei der Dementia praecox vorkommt.

Urstein macht nun den Versuch, nachzuweisen, daß die bei oberflächlicher Betrachtung gleichartigen Klagen einem verschiedenen psychischen Mechanismus entsprechen. Insbesondere betont er das bei den Klagen über intrapsychische Hemmung. Bei Manisch-depressiven sollen diese einer wirklichen Hemmung entspringen, bei Dementia praecox Kranken jedoch von einer intrapsychischen Koordinationsstörung, einer intrapsychischen Ataxie, wie Urstein diesen Vorgang nennen will, abzuleiten sein. In seiner Feststellung nämlich, daß Dementia praecox Kranke angeblich nur subjektiv gehemmt sind, liegt für ihn der Beweis, daß die betreffenden Klagen keiner tatsächlichen Hemmung, sondern nur einer Koordinationsstörung ihren Ursprung verdanken können, da andernfalls die Kranken auch objektiv gehemmt sein müßten. — Dem Fehlen, resp. Vorhandensein objektiver Hemmung bei subjektiven Hemmungsklagen soll nun nach Urstein eine differentialdiagnostisch ungemein große Bedeutung beigelegt werden: Die Dementia praecox Kranken sind nämlich nur subjektiv, Manisch-depressive dagegen stets subjektiv und objektiv gehemmt.

Derartige Behauptungen dürfen meines Erachtens nicht unwidersprochen bleiben. Vor allem setzt sich Urstein damit in Gegensatz zu dem, was er an anderer Stelle selbst berichtet. Während nämlich die objektive Hemmung nach seinen Ausführungen bei Dementia praecox Kranken nicht beobachtet wird, wird in seinen Krankengeschichten von dem jeweiligen Beobachter von ausgesprochener objektiver Hemmung gesprochen: S. 50. „In allem was sie tut, zeigt sich eine erhebliche Hemmung und Erschwerung, sie antwortet zögernd, mit leiser Stimme, wie wenn das Sprechen sie anstrengt.“ S. 50. „— sie machen den Eindruck starker geistiger Hemmung.“ S. 57. „— zeigte auch neben der Gemüts-

¹⁾ Wieg-Wickenthal, Zur Klinik der Dementia praecox, Halle a. S., 1908.

depression eine deutlich hervortretende psychische Hemmung.“ Ferner wird u. a. bei Fall 15 und 17 klar und deutlich die objektive Hemmung geschildert. Ganz abgesehen davon ist es aber eine durch die alltägliche Erfahrung immer wieder erhärtete Tatsache, daß umgekehrt zahlreiche Manisch-depressive nur subjektiv gehemmt sein können. Ich habe hier keine Mischzustände, sondern klassische Depressionszustände vor Augen. Außerdem finden wir nach meiner Erfahrung bei zykllothymen Kranken häufiger nur die Zeichen subjektiver Hemmung. Auch Hecker¹⁾, Hoche²⁾ und Wilmanns³⁾ erwähnen bei der Schilderung zykllothymen Zustände, daß die objektive Hemmung fehlen kann.

Es ist somit zweifellos weit übers Ziel geschossen, wenn Urstein behauptet, daß die ausgebildetste intrapsychische (subjektive) Hemmung, „wenn nicht ausschließlich, doch mindestens ebensooft“ bei Dementia praecox Kranken vorkomme. Den Beweis dafür ist er in seiner Kasuistik durchaus schuldig geblieben. Fall 11, der einzige, bei welchem überhaupt von zahlreichen, häufig wiederholten eindringlichen Hemmungsklagen die Rede sein kann, ist nach meiner Auffassung kein durchaus im Sinne der Dementia praecox geklärter Fall. Wenn auch die Kranke seit 3 Jahren einen exquisit katatonen Zustand bietet, so ist meines Erachtens hiermit das Schicksal der erst 37jährigen Patientin noch nicht definitiv entschieden. Eine Katamnese nach vielen Jahren könnte hier vielleicht noch eine Überraschung bringen.

Das Fehlen objektiver Hemmung, trotz stark empfundener subjektiver Hemmungsgefühle, bezeichnet Urstein als „Disharmonie“. Für ihn ist diese Disharmonie gleichbedeutend mit einer „Spaltung der Persönlichkeit“. Das letztgenannte Symptom ist schon von Kraepelin, ganz besonders aber von Stransky⁴⁾ als Hauptsymptom der Dementia praecox bezeichnet worden. In all dem was Urstein nun als Disharmonie bezeichnet, sieht er, da diese für ihn durchweg identisch mit Spaltung der Persönlichkeit ist, ein differentialdiagnostisches Kriterium, das für Dementia praecox spricht. Die Disharmonie, die sich in dem Fehlen objektiver Hemmung trotz subjektiver Hemmungsklagen findet, wurde bereits erwähnt. Ferner soll jegliche Disharmonie zwischen mündlicher und schriftlicher Ausdrucksweise für Dementia praecox sprechen. Sofern diese Eigenschaft darin zu suchen ist, daß geordnet sprechende Kranke sprachverwirrt schreiben, resp. umgekehrt (Wortsalat), kann man Urstein beipflichten. Nicht zugegeben werden kann jedoch die Bezeichnung „Disharmonie“ mit Urstein's klinischer Bewertung für von Kraepelin geschilderte manisch-depressive Kranke, „bei welchen sich die Störung der Willenshemmung auf Sprache und Schrift durchaus nicht immer in gleichem Maße erstreckt“. „Es gibt Kranke, schildert Kraepelin, die ganz geläufig reden, aber kaum einige Zeilen fertig bringen, und umgekehrt schreiben andere lange leidenschaftliche Briefe, während sie verstummen, sobald man sich mit ihnen unterhalten will.“ Bei Erörterung der Mischzustände schreibt Kraepelin: „Bisweilen sind die Kranken, die sich münd-

¹⁾ Hecker, Ewald, Die Zykllothymie. Zeitschr. f. prakt. Ärzte, 1898, 1.

²⁾ Hoche, A., Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins, Halle a. S., 1897.

³⁾ Wilmanns, K., Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Zykllothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Volkm. Sammlung klin. Vortr., Nr. 434, 1906.

⁴⁾ Stransky, E., Jahrb. f. Psych., Bd. XXIV.

lich gar nicht ausdrücken können, instande zu schreiben und verfassen dann zu unserem Erstaunen umfangreiche, vielfach abspringende Schriftstücke, voll von Versündigungs-ideen und wahnhaften Befürchtungen. Nicht selten entwickelt sich daraus unter Schwinden der Willenshemmung und Umschlagen der Stimmung die manische Erregung.“ — Auch dieses Mißverhältnis zwischen mündlicher und schriftlicher Ausdrucksweise bezeichnet Urstein als Disharmonie, die nach seinen Erfahrungen durchaus gegen manisch-depressives Irresein spricht. Gerade aus diesen beiden von Urstein zitierten Beispielen ersieht man, wie willkürlich er den Begriff der Disharmonie ausgedehnt hat.

Das wiederholte Auftreten der Psychose mit freien Zwischenzeiten ebenso wie der Wechsel der Stimmungslage ist nur im Verein mit einem deutlichen zirkulären Zustandsbild für die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins zu verwerten. Auf Grund dieser obengenannten anamnestischen Daten allein könnte selbstverständlich ein Krankheitsbild nicht richtig klassifiziert werden, wenngleich sie naturgemäß bei differentialdiagnostischen Erwägungen von Wert sind. Von Urstein wird, wie schon erwähnt, auch dieses bestritten. Er kennt Dementia praecox-Kranke, „welche eine oder mehrere, zunächst in Heilung übergegangene, reine (gemeint sind damit zirkuläre) Depressionen durchgemacht haben“. „Bei anderen traten neben dem melancholischen oder im Anschluß daran exquisit manische, resp. hypomanische Zustände auf. Nach vielen Jahren aber setzte ein neuer Anfall meist wieder mit initialer depressiver Phase ein, und es traten nun katatone Symptome auf, die in der Folgezeit das Krankheitsbild völlig beherrschten, um schließlich zu Defektheilungen, zu chronisch katatonen Zuständen, resp. totaler Verblödung zu führen.“ „Öfters begann das Leiden mit einer Depression, welche in Genesung überging. Der zweite nach Jahren einsetzende Anfall verlief unter dem Bilde eines Mischzustandes oder er zeigte eine Kombination von zirkulären und katatonen Symptomen, die ebenfalls noch zurückgingen, bis eine spätere Attacke einen Endzustand herbeiführte. — Wiederholt begann das Leiden mit einer zirkulären Depression, die wie jede derartige in Genesung übergeht. Ein zweiter analog oder in Form eines Mischzustandes einsetzender Anfall endete mit einer Hypomanie. In der Folgezeit wechseln katatone Phasen, an die sich eine Hypomanie anschließt, mit kurzen Remissionen ab, bis sich dann Defektheilungen oder chronische katatone Zustände etabliert haben.“

Es ist sehr bedauerlich, daß gerade diese Fälle in der über zwei Drittel des umfangreichen Buches ausmachenden Kasuistik keinen Platz gefunden haben. Man hätte dann doch wenigstens erfahren, welches Zustandsbild die „reinen Depressionen“, die „Hypomanien“, die „Mischzustände“ bieten, die späterhin kataton verblöden.

Ich habe hier nur einige wenige, mir besonders diskutabel erscheinende Punkte des Urstein'schen Buches herausgegriffen und einer Besprechung unterzogen. Noch manche Behauptungen, für die uns der Verfasser in der Kasuistik keine oder keine genügenden Beweise liefert, fordern zum Widerspruch heraus. Bei der Kasuistik selbst fehlen leider die sonst üblichen Zusammenfassungen der — wörtlich dem Original entsprechend — wiedergegebenen Krankengeschichten. Es ist dies nicht nur aus Gründen der Übersichtlichkeit zu bedauern, sondern ganz besonders deshalb, weil so dem Leser entgeht, was der Verfasser an dem jeweiligen Fall bemerkenswert fand, ferner, wie er einzelne Beobachtungen gedeutet wissen will.

Betrachten wir das Resultat des Urstein'schen Buches, so sind die Schlüsse, die er auf Grund seiner Untersuchungen zieht, letzten Endes vorwiegend negativ: Was als manisch-depressives Irresein anzusprechen ist, kann er nicht entscheiden. Die reinsten zirkulären Zustandsbilder kommen bei der Dementia praecox vor. Ein sicheres differentialdiagnostisches Kriterium ist, abgesehen von katatonen Symptomen, ganz besonders die intrapsychische Ataxie, die aber auch recht häufig im Stiche läßt. — So müßte man eigentlich in zahlreichen Fällen, bei welchen man bis jetzt noch aus dem Zustandsbild und der Anamnese eine Diagnose stellte, die Hände in den Schoß legen und abwarten, ob die Patienten gesund werden und bleiben, oder — und das ist nach Urstein das bei weitem häufigere — kataton verblöden.

Das Buch, von Kraepelin's Lehren ausgehend, will im Grunde nur das völlige Fiasko der psychiatrischen Betrachtungsweise Kraepelin's und seiner Anhänger beweisen. Das drückt auch Urstein klar und deutlich aus, wenn er am Schlusse seines Textes schreibt, daß er die Belege zu erbringen versuchte, „wie hinfällig die Kriterien sind, welche in unserer Zeit bei der Differentialdiagnostik funktioneller Psychosen in Anwendung gebracht werden“. Ja, mehr noch, nicht vorwärts, sondern rückwärts ist die Psychiatrie seit Kraepelin's Lehren gegangen: „Wofern wir uns an die Anschauungen der Kraepelin'schen Schule halten, stehen wir heute noch auf viel schwankenderem Boden als vor 15 Jahren.“ Welche Anschauungen uns den richtigen Weg führen, verrät uns der Autor aber nicht.

Ich kann mich nach der Lektüre des Urstein'schen Buches dieser hoffnungslosen Beurteilung der Kraepelin'schen Lehren nicht anschließen. Man ersieht nur, daß auch sie bei falscher Anwendung auf Irrwege führen müssen, wofür man die Anwendungsweise, nicht aber die Lehren verantwortlich machen muß. Aus dem Buche erkennt man, welche schwerwiegende diagnostische Fehlschlüsse entstehen können, wenn man auf wenige Symptome, die man zudem nicht aus eigener Beobachtung, sondern nur aus der Lektüre der Krankengeschichte kennt, eine Diagnose zu stellen wagt. Nur so kann ich es mir erklären, daß Urstein von reinen Depressionen und Manien spricht, die späterhin kataton verblödeten. Er stellte anscheinend meistens die Diagnose der typischen Psychose aus dem Journal, den Wert persönlicher Untersuchung, die ja natürlich bei so lange zurückliegendem Beginn der Erkrankung unmöglich war, allzu gering anschlagend, und offenbar ohne Berücksichtigung des gesamten klinischen Bildes, das aus der Krankengeschichte allein nicht zu bekommen war. Urstein's Buch kann somit nur eine nachdrückliche Warnung sein, einzelne Symptome oder Symptomenkomplexe zu überschätzen, ohne das Gesamtbild in ausgedehntestem Maße zu berücksichtigen.

Gewiß ist unsere psychiatrische Einsicht heute noch nicht so weit, daß wir stets allein auf Grund der Anamnese und des Zustandsbildes eine psychische Erkrankung richtig beurteilen können. Allein unser Bestreben muß durchaus darauf gerichtet sein, aus dem uns Vorliegenden die richtige Diagnose zu stellen. Wir müssen uns also trotz Urstein bemühen, die Symptomatologie und damit die Differentialdiagnostik zu verfeinern und auszubauen. Solange der Verlauf das bestimmende Moment für die Klassifizierung gewisser funktioneller Psychosen ist, sind wir nach wie vor darauf angewiesen, abgeschlossene Lebensläufe zu sichten. Aber gerade dabei ist größte Objektivität und Vorsicht bei Schlußfolgerungen

am Platze. Naturgemäß wirft sich hier die Frage auf, die uns gerade Urstein, der systematisch so zahlreiche Kranke nachuntersuchte, vielleicht hätte beantworten können: ob es richtig ist, gleichartige, resp. graduell nur verschiedene Endzustände gleichartigen Krankheitsbildern zuzurechnen. Man kann sich wohl vorstellen, daß schwere Veränderungen der Hirnrinde schließlich gleichartige Bilder zeitigen. Entsprechen diese aber immer gleichen Krankheiten? Die Beantwortung gerade dieser Frage halte ich schon deshalb für wichtig, weil sie uns lehren kann, ob der Weg der Rückwärtsverfolgung, die rückläufige Fixierung und Deutung der Symptomatologie häufiger zu richtigen Resultaten oder öfter zu Fehlschlüssen führen muß.

Aus Urstein's Darlegungen habe ich ferner den Eindruck gewonnen, daß wir notwendigerweise schärfer differenzieren müssen. Ist ein Kranker übermütig, heiter, sehr gesprächig, zu Scherzen geneigt, neugierig, ablenkbar usw., so haben wir noch lange keine Manie, sondern nur ein manieähnliches Bild vor uns. Wir müssen meines Erachtens die Symptome, wie sie sich bei Manisch-depressiven und Dementia praecox-Kranken zuweilen bei oberflächlicher Beobachtung gleichartig bieten, durchgängig unterscheiden lernen. Wir trennen doch auch z. B. die Stimmungslage manischer und gewisser paralytischer Kranker. Bei den ersten bezeichnen wir die Euphorie als eine elementare, bei den letztgenannten als eine demente. Auf den Ausbau des Unterschiedes der jeweiligen scheinbar gleichartigen Klagen und Beobachtungen, auch auf das Fixieren von Nuancen, kommt also vieles an. Einige Andeutungen mögen zeigen, in welcher Weise vielleicht die Differenzierung durchgeführt werden könnte.

Insbesondere scheint mir hier die Unterscheidung der Hemmungsklagen, die Manisch-depressive und Dementia praecox-Kranke angeben, einen wichtigen Schritt zur Verfeinerung der Differentialdiagnostik zu bedeuten. Sie sagen gewiß dasselbe, wenn der eine wie der andere sagt, das Denken falle ihm schwer, er könne sich zu nichts entschließen, es interessiere ihn nichts mehr, er fühle sich leer und öde usw., allein wie sie ihre Klagen vorbringen ist oft schon recht verschieden. Gerade dabei macht sich ja der Unterschied des Affekts zwischen Manisch-depressiven und Dementia praecox-Kranken geltend. Die letztgenannten berichten meist objektiv, referierend, wie sie zuweilen von ihren paranoiden Ideen erzählen, als ob es sie gar nicht beträfe, keineswegs aber als ob ihr innerer Mensch dadurch aufs schwerste beeinträchtigt und ihr ganzes Seelenleben in ungewollte Bahnen eingezwängt würde. Bei den Manisch-depressiven beherrscht mehr oder weniger gerade die Hemmung das ganze Bild. Dies ist natürlich, da sie sich ihnen ja bei jeder intellektuellen Inanspruchnahme wieder aufdrängt. Im Gegensatz zu den Dementia praecox-Kranken gehen sie mit ihrem Willen gegen die als fremd und widernatürlich empfundene Hemmung an. Sie wird ihnen zur täglich immer wieder aufs neue empfundenen Qual. Der Hebephrene gibt für seine Hemmungsgefühle gerne Erklärungsversuche, „sie kommen da und da her“, er spricht selten spontan von ihnen, der Manisch-depressive steht ihnen oft fassungslos, als etwas Unverständlichem, Bezwingendem gegenüber. Für ihn sind sie häufig die Quelle der Verzweiflung, die ihn wegen der so stark empfundenen Lebensuntüchtigkeit zum Selbstmord treiben kann.

Auch bei der Krankheitseinsicht zeigt sich bei den meisten Fällen der Unterschied des Empfindens. Die Dementia praecox-Kranken „geben zu“, daß sie krank sind, sie haben ein vages Gefühl der Veränderung. Mit Gemütsruhe

sprechen sie von ihrer verflochtenen oder noch bestehenden Geisteskrankheit; sie sprechen unter Seufzen oder mit einem bedauernden Lächeln von der psychischen Veränderung. Wie anders Manisch-depressive. Sie empfinden — wenn sie überhaupt ein Gefühl dafür haben — die Veränderung als das Schmerzlichste was ihnen widerfahren konnte. Ihre Gedanken kreisen häufig immer wieder darum. Ihre Veränderung ist ihnen dauernd im Bewußtsein, sie wehren sich dagegen und fühlen sich doch so ohnmächtig. Ferner haben die ruhigen Manisch-depressiven in der melancholischen Phase fast stets völlige Einsicht für ihren Zustand, im Gegensatz zu Dementia praecox Kranken.

Selbstverständlich gibt es Dementia praecox-Kranke, die Affekt haben. Allein wie markant ist auch hier fast durchweg der Unterschied gegen Manisch-depressive. Diese werden von ihrem Affekt im Denken, Empfinden und Handeln beherrscht; er zeigt sich, wie Stransky¹⁾ sehr treffend schildert, „falls es nur gelingt in ihr Innenleben einzudringen und die Maske scheinbarer Apathie für die Vorgänge in der Umgebung zu lüften“. Die Dementia praecox-Kranken lodern auf. Ihr Affekt ist viel mehr Strohfeuer, das von fremder Seite entzündet wird und rasch verlischt, er erstreckt sich eventuell nur auf einzelne, nicht auf alle Seiten psychischer Geschehnisse. Es fehlt ihm das Elementare.

Ganz ähnlich steht es mit manischen Symptomen. Betrachten wir die Ideenflucht, die bei oberflächlicher Beobachtung so leicht mit Ansätzen katatoner Sprachverwirrtheit identifiziert werden kann. Bei der manischen Ideenflucht finden wir das Sprudelnde, sich Überstürzende, Lebendige des Gedankenganges. Auch der Dementia praecox-Kranke schweift ab. Hier geht es aber meist langsamer, es fehlt das belebende Moment, wir vermögen den Gedankengängen nicht zu folgen. Auch dafür finden wir bei Stransky äußerst fein beobachtete Unterschiede scheinbar gleicher Symptome. — Für den Rededrang, den Tätigkeitsdrang der Manischen haben wir volles Verständnis, das uns bei dem eventuell gleichbenannten Symptom der Dementia praecox-Kranken abgeht. Wir sehen hier vielmehr das Monotonstereotype. Die Euphorie der Manisch-depressiven hat etwas ansteckendes, belebtes, die der Dementia praecox-Kranken wirkt oft abstoßend, sinnlos, unverständlich.

Darin muß ich also Urstein recht geben und das wurde auch nie bestritten, daß bei Dementia praecox gelegentlich Affekt, mancherlei Klagen über Hemmung, einzelne „manische“ Symptome, ferner Wechsel zwischen deprimierter und gehobener Stimmung vorkommen. Man lese nur daraufhin Kraepelin's Schilderung der Dementia praecox. Auch hier finden wir zahlreiche Beobachtungen, die bei gewaltsamer Deutung als „zirkuläre“ Symptome herausgegriffen werden könnten: S. 179. „Beim Verschwinden des Stupors sieht man bisweilen eine gewisse Neugierde bei den Kranken auftreten. Sie beobachten verstohlen, was sich im Zimmer abspielt, folgen dem Arzt von weitem, sehen in alle offenstehende Türen hinein usw.“ S. 193. „Er wird still, in sich gekehrt, zeitweise auch wohl reizbar, rechthaberisch, grundlos heiter und ausgelassen.“ S. 193. „Die Arbeit geht ihm nicht von der Hand, er ist gedankenlos, zerstreut, vergeßlich.“ S. 205. „Nicht selten kommt es zu Erregungszuständen. Dieselben können sich im Rahmen heiterer Ausgelassenheit mit Gesprächigkeit, hanswurstartiger Unruhe, unbändigem Lachen und Kichern halten.“ S. 210. „Bis-

¹⁾ Stransky, E., Über die Dementia praecox, Wiesbaden, 1909.

weilen leitet sich die Krankheit mit einem Wechsel zwischen Niedergeschlagenheit und auffallend gehobener Stimmung ein usw. usw.“ Ich zitiere diese Beobachtungen deshalb so ausführlich, weil Urstein bei Beschreibung der Symptomatologie derartige Symptome als „zirkuläre“ beurteilte und danach offenbar anfänglich seine Diagnose richtete, bis er eines besseren belehrt wurde.

Auf die übermäßige Betonung der Tatsachen war also von Urstein kein Gewicht zu legen, denn sie sind bekannt. Ein eingehendes Fixieren der Unterschiede des hebephrenen und manisch-depressiven Affekts, der Klagen über Hemmung des Katatonikers und des Manisch-depressiven, sowie der manischen resp. manicähnlichen Symptome hätte uns weiter gebracht. Hier hätte ein so großes Material eine einzigartige Gelegenheit geboten, die Symptomatologie der Dementia praecox und ihre Differentialdiagnostik aufs subtilste auszubauen. — Ehe das Bestehende negiert wird, sollte doch erst einmal der Versuch gemacht werden, es ganz zu erschöpfen.

II. Vereinsbericht.

XV. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen zu Jena, den 24. Oktober 1909.

Referent: H. Haenel, Dresden.

Vorsitz vormittags: Weber-Sonnenstein; nachmittags: Anton-Halle.

1. Referat: Die Commotio cerebri.

Trendelenburg (Leipzig): Zu unterscheiden sind bei Verletzungen des Kopfes die Hirnerschütterung, Hirnquetschung und der Hirndruck, die oft nebeneinander vorkommen und diagnostisch schwer zu trennen sind. Man muß deshalb nach den unkomplizierten Fällen suchen.

a) Die reine Hirnerschütterung: Das typische Bild zeigt den Patienten zuerst völlig reaktionslos in sensibler und motorischer Beziehung. Nach einer halben bis mehreren Stunden erwacht er, häufig erfolgt Erbrechen, dann kann er einige Fragen beantworten, ist aber desorientiert, klagt über Kopfweh und Schwindel, später auch bei weiterer Besserung retrograde Amnesie. Demgegenüber

b) der Hirndruck: Nach dem Trauma Schwindel, keine Bewußtlosigkeit, erst allmählich schlechteres Befinden, Unruhe, Müdigkeit, halbseitige Lähmungserscheinungen, Abnahme des Bewußtseins, Pulsverlangsamung, schließlich Koma. Nach der Operation, meist Haematoma durae, sofortige Besserung, schon am nächsten Tage kann der Kranke wieder ganz gesund sein.

Der Unterschied ist also hauptsächlich in der Entwicklung und im Verlauf der Bewußtlosigkeit gegeben.

c) Hirnquetschung: Erst nach spontaner Rückkehr des anfänglich gestörten Bewußtseins kommen die Lähmungen zum Vorschein, können die Extremitäten, den Fazialis oder die Augenmuskeln betreffen. Hierher gehören auch die intra vitam symptomlosen kapillären Blutungen.

2*

Im speziellen sind für die Kommotio charakteristisch: die Bewußtlosigkeit, die nur in leichtesten Fällen fehlt, aber auch 14 Tage und mehr dauern kann; das Erwachen daraus erinnert an dasjenige nach einem Rausche, man könnte den Zustand als traumatische Narkose bezeichnen. Erfolgt der Tod sofort, so muß stets eine Hirnquetschung angenommen werden. Der Puls ist meist langsam, häufig anfangs etwas erhöht, später auf 40 bis 50 Schläge vermindert, die Temperatur in der Regel herabgesetzt. Die Pupillen können different sein, ihre Reaktion geschädigt. Die Amnesie, anfangs auch auf längere oder kürzere Zeit vor dem Unfall sich erstreckend, schränkt sich nach und nach ein bis auf diesen selbst. Der Erinnerungsdefekt wird gern durch gefälschte Erinnerungsbilder und Konfabulationen ausgefüllt. Die Merkfähigkeit ist herabgesetzt.

Im sogenannten traumatischen Dämmerzustand können Handlungen komplizierter Natur ohne nachträgliche Erinnerung an dieselben ausgeführt werden, als Folge auch leichter Kopfverletzungen.

Traumatische Psychosen, mit Ausnahme vorübergehender Delirien sind häufiger nach Kontusionen als nach Kommotionen.

Die leicht übersehene Glykosurie und Polyurie deutet auf eine Schädigung des vierten Ventrikels. Die retrograde Amnesie, die ähnlich auch bei CO-Vergiftung, ferner nach Erhängungs- und Ertränkungsversuchen beobachtet wird, ist als eine direkte Folge der Asphyxie (Sauerstoffmangel) aufzufassen. Um die Art der anatomischen Schädigung bei Kommotio aufzuhellen, sind Versuche von Kocher und Ferrari ausgeführt worden; sie zeigten, daß ein gefüllter Schädel leichter bei Stoß zerbricht als ein leerer, was auf einen von innen nach außen wirkenden hydraulischen Druck infolge der äußeren Gewalt deutet. Bei Schußverletzungen kann es auf diese Weise fast zu explosiven Wirkungen kommen. Koch und Filehne haben bei Tieren durch „Verhämmerung des Kopfes“ ähnliche, wenn auch nicht übereinstimmende Folgen wie bei Kommotio erzielt. Duret injizierte Flüssigkeiten unter starkem Druck in die Schädelhöhle, doch spielt der Liquor offenbar eine geringere Rolle als er glaubt. Ob die Hirnanämie die alleinige Ursache der Kommotionerscheinungen ist, wie besonders Sauerbruch meinte, ist ebenfalls noch zweifelhaft. Die Blutdurchströmung stellt sich offenbar sehr rasch wieder her. Man muß wohl annehmen, daß die mechanische Schädigung eine ähnliche Wirkung auf die Zellen hat, wie die Narkotika, deren Verhältnisse zu den Lipoiden jetzt durch H. Meyer und Overton besser erforscht sind.

Kommotio des Rückenmarkes ist beim Menschen mit gutem Grunde bestritten worden, jedenfalls ist sie äußerst selten. Zu diagnostizieren wäre sie nur bei rasch vorübergehender traumatischer Paraplegie. Durch seine anatomische Lage ist das Rückenmark gegen Erschütterungen weit besser geschützt als das Gehirn. Die entsprechenden Tierversuche von Schmauß sind nicht beweisend.

Die Erscheinungen an den peripheren Nerven nach Trauma sind bekannt, anatomisch besonders von Bethe, Bernstein und anderen erforscht worden. Mit der Kommotio sind sie wohl nicht auf eine Stufe zu stellen.

Gegenüber Kocher, der die Hirnerschütterung als „akute Hirnpressung“ auffaßt, glaubt Votr. an der alten Bezeichnung Hirnerschütterung (Kommotio) festhalten zu sollen.

Windscheid (Leipzig): Noch immer ist die Frage offen, ob bei der Hirnerschütterung Zirkulationsstörungen oder molekulare Veränderungen die

Hauptrolle spielen. Der anatomische und mikroskopische Befund war auch in Fällen, die nach einer Hirnerschütterung rasch starben, fast völlig negativ. Trotzdem kommt es später oft zu sekundären Veränderungen, die von der eigentlichen Erschütterung zu trennen sind. Der verschiedene klinische Verlauf ist ebenso durch die letzteren, wie durch die Schwere des Traumas selbst bedingt. Diese steht insofern oft im Mißverhältnis zu der Schwere der Folgen, als die Fälle ohne sichtbare äußere Verletzung nicht selten den ungünstigsten Verlauf nehmen.

Scharf zu scheiden von der reinen Kommotion sind Blutungen und Gefäßerkrankungen, deshalb sind alle Fälle mit Knochenimpressionen und nachfolgenden Lähmungen oder Krämpfen auszuscheiden.

Das klinische Bild der nervösen Nachkrankheiten ist sehr unscharf. Festzuhalten ist an der Feststellung ihrer funktionellen Natur, alles Organische gehört nicht hierher. Unter den Symptomen ist die Merkfähigkeit, die körperliche und geistige Ermüdbarkeit, die psychische Hemmung am auffallendsten, dazu Klagen über Schwindel, Intoleranz gegen Alkohol usw. Pulsstörungen sind, wenn sie länger als einige Monate oder gar Jahre bestehen, nicht mehr als unmittelbare Folgen der Kommotion anzusehen.

Der objektive Befund ist fast stets sehr gering. Schon lange ist die große Ähnlichkeit dieser Nachsymptome mit denen der zerebralen Arteriosklerose aufgefallen. Sie weist darauf hin, daß die Erschütterung neben den materiellen Veränderungen der Hirnsubstanz auch solche der Gefäßinnervation bedingen kann. Wenn auch die direkte Erzeugung der Arteriosklerose durch Trauma sehr zweifelhaft erscheint, so kann dasselbe doch eine latente Arteriosklerose manifest werden lassen. Leider entzieht sich die zerebrale Arteriosklerose oft der genauen Feststellung, man darf auch nicht vergessen, daß sie auch bei Jugendlichen nicht zu selten ist.

Zweifelhaft ist ferner, ob durch eine reine Kommotion Erweichungsherde herbeigeführt werden können. Bei fehlender Bewußtlosigkeit handelt es sich wohl meist nicht um eine Kommotion, sondern um eine Schädelkontusion, an die sich aber genau die gleichen neurasthenischen Nachkrankheiten anschließen können.

Fließende Übergänge führen zuletzt zur Unfallneurose, an deren rein psychogener Natur streng festgehalten werden muß. Die Kommotion kann nur als prädisponierendes Moment hierfür angesehen werden.

Bei den traumatischen Psychosen sind die unmittelbar nach der Verletzung auftretenden von den in der Rekonvaleszenz und später sich entwickelnden zu trennen. Eine spezifische posttraumatische Psychose, wie sie Kalberlah im Korsakoff'schen Symptomenkomplex gefunden haben will, leugnet Referent. Am häufigsten ist das Delirium traumaticum (Wille), das meist rasch heilt, aber auch in posttraumatische Demenz (Köppen) übergehen kann. Eine traumatische Paralyse erkennt Ref. nicht an. Nur auf die Epilepsie als späte Nachkrankheit muß noch hingewiesen werden.

Diskussion:

Anton macht auf die Lumbalpunktion aufmerksam, als ein Mittel, funktionelle von organischen Schädigungen des Gehirns zu unterscheiden. Folgen nach kleinen Insulten auffallend schwere Störungen, so kann als Disposition an eine Hypertrophie des Gehirns gedacht werden. Wichtig ist auch das Verhältnis vom

Hirn- zum Blutdruck. Die Beobachtungen von traumatischer Spätaoplexie beweisen, daß organische Veränderungen längere Zeit latent bestehen können.

H. Haenel: Zum Nachweis der Beteiligung des Vestibularapparates bei Schwindel ist auf spontanen rotatorischen Nystagmus geringsten Grades in der Ruhelage der Augen zu achten. Ferner weist er auf die kalorische Reaktion des Labyrinths hin, die Baranyi ausgebildet hat: horizontaler Nystagmus nach der entgegengesetzten Seite bei Ausspülung des Gehörganges mit kaltem Wasser weist auf ein intaktes Labyrinth.

Stintzing: Der Bewußtseinsverlust ist nach seiner Meinung kein unentbehrliches Symptom der Komotio. Vielleicht hat sogar der Wille einen gewissen Einfluß auf seine Unterdrückung. Erst nach Stunden treten dann die weiteren Erscheinungen auf, die durch das Fehlen organischer Symptome sich als Komotionsfolgen erweisen.

Berger erinnert an die Versuche von Weber in Berlin, die eine Erklärung der Allgemeinwirkungen nach umschriebener Hirnschädigung zu geben geeignet sind.

Wittmaack: Eine Beteiligung des Akustikus macht meist augenfällige Symptome. Bei reiner Komotio besteht oft ein Mißverhältnis zwischen Kochlearis- und Vestibularisschädigung. Geringe Hirnstörungen sind wohl Folgen einer Mitheteiligung der Gefäße. Charakteristisch ist eine gesteigerte Reizbarkeit des Vestibularapparates gegen die kalorische Reaktion.

Schubart hat die Kalberlah'sche akute Komotionspsychose an dem Material der Dresdner Heil- und Pflegeanstalt in zwölf Jahren nur zweimal gefunden. Diese beiden Fälle waren allerdings mit Schädeldachverletzung kompliziert. Er berichtet ferner über einen Fall, wo eine akute Tobsucht in unmittelbarem Anschluß an einen Sturz von dem Rollwagen ohne Bewußtseinsstörung auftrat, die einen Tag anhielt, mit Amnesie verbunden war, am zweiten Tag sich besserte, am dritten Tag geheilt war.

Binswanger berichtet von einem Patienten, bei dem nach Schwinden der Komotionssymptome nur eine isolierte Aufhebung der Merkfähigkeit für Zahlen noch monatelang bestand.

Wagemann: Eine Parallele zu der Hirnerschütterung bietet die Commotio retinae bei Contusio bulbi. Es ist festgestellt, daß deren Symptome auf die vorübergehende Druckwirkung zurückzuführen sind.

Ebbecke hat einen Fall der echten Kalberlah'schen Psychose in der Korsakoff'schen Form beobachtet, der vier bis fünf Wochen zur Heilung brauchte.

Windscheid (Schlußwort) hat sich nur dagegen gewendet, daß der Korsakoff'sche Symptomkomplex charakteristisch für die traumatische Psychose sei, nicht sein Vorkommen überhaupt geleugnet.

Degenkolb (Roda): Vorstellung eines Patienten, der vor einigen Monaten in der Rekonvaleszenz von Influenza plötzlich mit einem Verlust der Sprache, einem Krampf im rechten Fazialis, einer ganz vorübergehenden Parese der rechten Hand ohne Bewußtseinsverlust erkrankte. Es blieb längere Zeit Paraphasie und eine Lesestörung zurück, eine mimische Starre des Gesichts, fleckweise Anästhesien und Hyperästhesien im rechten Bein, eine Gangrän der rechten Zehe, die amputiert werden mußte. Am eigenartigsten war eine Sehstörung, die zum Teil heute noch besteht: trotz Fehlens aller motorischen Störungen der Augenmuskeln,

Doppelbilder beim Blick nach oben in der Nähe, und zwar gekreuzte mit Tiefendifferenz. Votr. nimmt eine konjugierte kinästhetische Lähmung der Obliqui inferiores ohne motorische Lähmung an und glaubt dieselbe auf einen kleinen Herd im Rindenzentrum der konjugierten Augenbewegungen (Parietallappen) zurückführen zu sollen¹⁾.

Müller (Marburg): Über sensible Reizerscheinungen bei beginnender multipler Sklerose.

Die multiple Sklerose ist eine der häufigsten organischen Nervenkrankheiten, deren frühzeitige Erkennung wichtig ist, um Fehldiagnosen, bes. gegenüber Hysterie, zu vermeiden. Bei 60 von ihm in der letzten Zeit beobachteten Fällen hat er häufig gefunden, daß Schmerzen, die als rheumatisch, gichtisch oder neuritisch erklärt worden waren, die Krankheit einleiteten; überhaupt sind Störungen der Sensibilität eine fast regelmäßige Erscheinung bei multipler Sklerose. Schmerzen bilden oft lange die Hauptklage: blitzartige Gürtelschmerzen, Ischias, verstärkte Schmerzpunkte an den Gelenken, Migräne, Brennen beim Wasserlassen, ferner Ohrenstechen und Ohrensausen. Die Grundlage dieser Schmerzen ist keine einheitliche, manchmal sind sie auf beginnende Paresen und Muskelspasmen zurückzuführen, in anderen Fällen hat man Gliaherde bis in die Austrittsstellen der hinteren Wurzeln verfolgen können, die wohl die Ursache waren; die Meningen sind in der Regel wenig beteiligt, dagegen gibt es sicher zentral bedingte Schmerzen und Parästhesien bei multipler Sklerose, charakterisiert durch apoplektiformes Auftreten, halbseitigen oder diffus in der ganzen Extremität verbreiteten Typus. Weitere wichtige Frühsymptome sind:

- a) die Abblassung der temporalen Papillenhälfte bei ungestörtem Gesichtsfeld, aber auch vorübergehende Amblyopien und Amaurosen, die mehrere Jahrzehnte der eigentlichen Erkrankung vorausgehen können,
- b) Fehlen der Bauchreflexe,
- c) isolierte Ermüdbarkeit einzelner Extremitäten,
- d) Bauchmuskelschwäche beim Aufrichten aus dem Liegen,
- e) Babinsky'sches Symptom.

Sehr wichtig ist es gerade bei multipler Sklerose, das Zustandsbild durch eine genaue Anamnese zu ergänzen.

Köster (Leipzig): Klinischer und anatomischer Beitrag zur Atoxylvergiftung.

Votr. hat zwei Fälle von Atoxylvergiftung beobachtet, der erste betraf einen 40jährigen Mann, der in 45 Injektionen 9 g Atoxyl bekam. Die Folge war Inkontinenz der Blase, klonische Reflexsteigerung, bis zur Erblindung führende Sehnervenatrophie. Der zweite betraf einen 32jährigen Mann, der im ganzen 6,4 g Atoxyl bekommen hatte. Auch dieser erblindete, wobei auffälligerweise die Pupillenreaktion bis zum Schluß erhalten blieb. Er bekam ebenfalls Inkontinenz, Romberg'sches Symptom, ophthalmoskopisch war bei beiden der Befund lange Zeit negativ. Es bestand kein zentrales Skotom. Der zweite Patient

¹⁾ Inzwischen hat sich eine objektive Abweichung der Bulbi eingestellt, so daß jetzt das Bild durch eine Kernlähmung im Gebiete der Recti superiores sich erklären läßt, und die erste Annahme hinfällig wird.

starb nach zwei ein halb Jahren, mikroskopisch fanden sich im Optikusstamm nur noch wenige Fasern, im übrigen war er fast völlig bindegewebig verödet. Die Ganglienzellen des Corpus geniculatum externum waren degeneriert, ebenso die Ganglienzellen der Retina fast geschwunden, die äußere Körnerschicht verändert, während die Zapfenkörner lange gut erhalten waren.

Experimentelle Vergiftung von Hunden und Kaninchen mit Atoxyl bestätigten diese Befunde. Bei Hunden ähnelte klinisch das Endstadium einer vorgeschrittenen Tabes, bei Kaninchen kamen dazu Spasmen und Krämpfe, der Augenhintergrund blieb normal. Mikroskopisch fand sich auch hier Entartung und Verfettung der Netzhautganglienzellen, Marchidegeneration im Sehnerven, Fett in den perivaskulären Räumen des Gehirns, Fettembolien innerhalb der Hirngefäße, Degenerationen in den Goll'schen Strängen, dazu Blutungen in den Herzmuskel, in das Nierenparenchym, Verfettung der Leberazini. (Demonstrationen der Präparate.)

Schlußfolgerungen: Eine Atoxylbehandlung sollte nur unter Kontrolle des Augenarztes vorgenommen werden, der bei den ersten, wenn auch vorübergehenden Verdunklungen oder Einengungen des Gesichtsfeldes Halt zu gebieten hätte. Harmlose Erkrankungen, wie besonders Hautkrankheiten, sollten überhaupt nie Atoxyl erhalten.

Haenel (Dresden): Ein neues Tabessymptom.

Außer auf die peripheren Sensibilitätsstörungen hat man bei Tabes schon längere Zeit auf Gefühlsstörungen im Bereich des Sympathikus geachtet. Dabei fand man relativ häufig eine Anästhesie der Testikel, des Epigastriums, der Trachea gegen Druck. Votr. hat seit einiger Zeit bei Tabikern regelmäßig auch die Druckempfindlichkeit der Augäpfel untersucht, und dieselbe in etwa der Hälfte aller Fälle sehr herabgesetzt oder aufgehoben gefunden. Man kann bei diesen Versuchen den Fingerdruck auf die obere Bulbusfläche oft bis zu einem für die Konsistenz des Bulbus fast beängstigenden Grade steigern, ohne daß die Kranken Schmerz angeben oder ausweichen.

Dieses „Bulbussymptom“ ist besonders auffällig dann, wenn es einseitig auftritt, wie es Votr. mehrfach beobachten konnte. Von welchen Nerven die Druckempfindlichkeit des Auges abhängt, ist aus der Literatur nicht eindeutig zu ersehen, Votr. rechnet es den Sympathikussymptomen bei, weil erstens in den Fällen, wo es positiv war, am Trigeninus sich keinerlei Störungen erkennen ließen, andererseits bei Trigeninusaffektionen das Bulbussymptom fehlte, dagegen war es in einem Falle ätiologisch unklarer doppelseitiger Sympathikusaffektion positiv. Die Untersuchung von Kranken, denen kurz vorher das Ganglion Gasseri entfernt worden ist, würde darüber Aufschluß geben können¹⁾. Das Symptom scheint auch Bedeutung als Frühsymptom zu besitzen; wie weit es auch bei anderen organischen Nervenkrankheiten vorkommt, muß die weitere Nachprüfung lehren.

Müller (Dösen): Die Familienpflege in der Stadt Leipzig.

Seit 1907 ist in Leipzig Familienpflege durchgeführt. Ein besonderer in Leipzig wohnhafter Arzt der Anstalt Dösen führt darüber die Aufsicht. Die

¹⁾ Nach einer brieflichen Mitteilung von F. Krause hat dieser vor kurzem am Tage nach der Exstirpation des Ganglion Gasseri die Druckempfindlichkeit des Bulbus unverändert gefunden, was den sympathischen Ursprung des Symptoms bestätigt.

Stadt zahlt pro Kopf und Tag 1 Mk. 50 Pf. Pflegegeld, den Pflegefamilien werden gedruckte Bestimmungen übergeben, Hauptbedingung ist, daß die Kranken ihr eigenes Schlafzimmer haben, daß sie tagsüber am Familienleben teilnehmen. Die Kranken selbst werden in den Listen der Anstalt weiter geführt. Bis jetzt sind 73 Kranke in 36 Familien untergebracht. An Angeboten fehlte es bei der Aussicht auf den Nebengewinn nicht. Sechs Kranke wurden mit gutem Erfolge zu ihren eigenen Verwandten gelegt. Die Pflege liegt stets der Hausfrau ob, einige ehemalige Dösener Pflegerinnen übernahmen mehrere Kranke und widmeten sich deren Pflege berufsmäßig. Die Behandlung war meist eine sorgsame, natürlich oft ungeschickte, die Leute waren aber belehrbar. Ein Nachteil davon, daß noch andere Aftermieter die Wohnung teilten, wurde nicht beobachtet. Viele Kranke durften sich allein in der Stadt bewegen. 68 von 112 Kranken arbeiteten im Hause der Pfleger mit, 14 verdienten sich selbst Geld.

Die Mehrzahl wurde durch die Familienpflege sichtlich gebessert, sie fühlten sich wohler als in der Anstalt, schlossen sich leichter an, wurden regsamer und gesprächiger, freundlicher und ruhiger, mit Vorliebe beschäftigten sie sich mit den Kindern. Allerhand schlechte Gewohnheiten verloren sich. Demgegenüber standen eine geringere Zahl, die infolge der vermehrten Reize der Außenwelt unruhiger wurden, paranoische Ideen lebhafter äußerten und bald in die Anstalt zurückgenommen werden mußten. Unglücksfälle sind durch die Kranken bisher nicht hervorgerufen worden, am schwierigsten war es, der Verführung zum Alkoholismus entgegenzutreten. Die meisten Unbequemlichkeiten verursachten die lebhaften Imbezillen, deren Krankheitszustand den Pflegern oft schwer klarzumachen war. Grundsätzlich wurden nur solche Kranke ausgewählt, die unter Umständen auch in der Anstalt hätten bleiben können. Der überwachende Arzt stattet dem Anstaltsdirektor allwöchentlich Bericht ab.

Die zweijährigen Erfahrungen beweisen, daß die Familienpflege der Geisteskranken nicht nur auf dem Lande, sondern auch in der Großstadt durchführbar ist.

Diskussion:

Schäfer findet die Höhe des Verpflegsatzes von 1 Mk. 50 Pf. überraschend; in der der Anstalt Roda angegliederten Familienpflege kommt er mit 0,30 bis 1,00 Mk. aus, und zwar wird diese Entschädigung je nach der Arbeitsfähigkeit des Kranken von Fall zu Fall bemessen.

Degenkolb fragt, ob die Kranken alle Mahlzeiten mit den Pflegern teilen.

Müller (Schlußwort): Bejaht das letztere; der Verpflegsatz ist den Lebensbedürfnissen der Großstadt angemessen, individuelle Abstufungen würden hier auf große Schwierigkeiten stoßen.

Anton (Halle): Bericht über 20 Gehirnoperationen.

Votr. schildert die Theorie und Technik der von ihm und Bramann ausgebildeten Operation des Balkenstichs. Bisher ist kein Fall an der Operation selbst zugrunde gegangen, die auch unter Lokalanästhesie wiederholt ohne Schwierigkeiten ausgeführt wurde. In fünf Fällen von Hirntumor schwand die Bewußtseinsstrübung, die Stauungspapille ging zurück, während schon bestehende Optikusatrophie unbeeinflusst blieb. Heftige, vorher bestehende Kopfschmerzen wurden erleichtert, und zwar auf die Dauer bis zu einem Jahre. Ein Vorzug der Opera-

tion ist es, daß nach ihr durch Beseitigung der Allgemeinerscheinungen die Herdsymptome deutlicher werden und dadurch eine Lokaldiagnose ermöglicht wird. An zwei Fällen konnte er noch vier und sieben Monate nach der Operation durch Autopsie die Persistenz der gesetzten Öffnung nachweisen. Weiter wurden gebessert der Schwindel, das Erbrechen, die Gleichgewichtsstörung. Bei drohender Hirnhernie nach Probetrepation wurde der Balkenstich mit Erfolg prophylaktisch ausgeführt. In zwei Fällen von Turmschädel mit Stauungspapille, davon der eine mit Tumor kompliziert, wurde ebenfalls durch den Balkenstich eine Besserung erzielt, die Sehschärfe um das Doppelte gehoben. Votr. schildert des einzelnen drei Fälle, von denen der eine besonders dadurch interessant war, daß durch Sondierung mit der Punktionsnadel auf dem Boden des Ventrikels eine knirschende Resistenz getastet werden konnte, wodurch die Diagnose Psammom der Hypophysis gesichert wurde. Dieser Fall starb später an einer Blutung aus einem bei der Hirnpunktion verletzten Gefäße.

Die Indikationen für den Balkenstich faßt Votr. folgendermaßen zusammen:

1. stärkerer Hydrozephalus der Kinder,
2. Tumoren mit sekundärem Hydrozephalus, wo Optikusstauung und Kopfschmerzen bedrohlich werden,
3. Hilfsoperation bei Hirnhernien,
4. Sondierungsmöglichkeit bei Hypophysistumoren,
5. Turmschädel.

Diskussion:

Pfeifer (Halle) gibt einige Erläuterungen zu dem Falle, der nach der Hirnpunktion an Blutung starb. Es wäre unrichtig, aus diesem eine Gegenanzeige gegen die Hirnpunktion überhaupt zu entnehmen.

H. Schultze (Greifswald): Psychiatrie und Reichsversicherungsamt.

Wegen der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit begnügt sich Votr. damit, nur den Kampf um die Rente in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes zu erörtern. Wird zu Unrecht eine Rente verweigert oder verlangt, so ist die Sachlage leicht zu beurteilen; im ersten Falle sind die durch einen Kampf um die Rente entstehenden Schädigungen als Unfallsfolgen aufzufassen, wie es auch das Reichsgericht getan hat, im letzteren Falle nicht. Zwischen diesen beiden Grenzfällen liegen die Fälle, die die Praxis liefert und die sehr viel schwerer zu beurteilen sind. Es handelt sich da meist um die Frage, ob die im Laufe der Zeit eingetretene Verschlimmerung der traumatischen Neurose als Folge des Kampfes um die Rente anzusehen ist oder nicht. Derartig waren auch die Fälle, die das Reichsversicherungsamt in seinen Entscheidungen behandelt. Sch. kritisiert die Beweisführung des Reichsversicherungsamtes, das die Verschlimmerung als eine Folge des Kampfes um die Rente auffaßt. Unfallsneurosen und Rentenstörungen sind zwar prinzipiell scharf voneinander zu trennen; in der Praxis aber ist das nicht möglich. Reine Rentenstörungen ist bei weitem nicht so häufig, wie manche Gutachter und Berufsgenossenschaften annehmen. Sch. bespricht und verneint sodann noch die Frage, ob die grundsätzliche Verweigerung einer Rente für eine traumatische Neurose und die grundsätzliche Fernhaltung des Neurologen von der Begutachtung traumatischer Neurosen zu billigen ist.

von Nießl (Leipzig): Von der Bedeutung der dritten linken Stirnwindung für die Sprache und die sogenannten subkortikalen Aphasien. (Projektionsvortrag.)

Die dritte Stirnwindung fängt dort an, wo sich der Rindentypus ändert, nicht wo der Sulcus praecentralis einschneidet. Die Rinde der vorderen Zentralwindung besitzt einen hypertrophischen Charakter, sie ist breiter, auch die kleinen Zellen sind größer, die säulenförmige Anordnung überwiegt die tangential Schichtenbildung. Eine eigentliche zweite Körnerschicht fehlt ebenso wie die Schicht der großen Pyramiden. Statt dieser finden sich einzelne oder in kleine Gruppen geordnete große Zellen (Solitärzellen) ganz von dem Aussehen der motorischen Rückenmarkszellen. Die Rinde der Centralis anterior ist auch mit weit stärkeren Markfasern ausgestattet als diejenige der F_3 . Hypertrophie und Gedächtnis stehen nach Verworn in dem Verhältnis von Wirkung zur Ursache. Die Methode der kleinsten Herde weist auf die Gegend der hinteren F_3 und der unteren C.a. hin. Einen Fall von mehrjähriger motorischer Aphasie ohne Miterkrankung von C.a. gibt es nicht. Hingegen sind zahlreiche Fälle von Erkrankung der F_3 , ja selbst von doppelseitiger (Bergmann) ohne Sprachstörung bekannt. Ein Fall von vierjähriger motorischer Aphasie bei alleiniger Erkrankung von C.a. ist vom Votr. beobachtet worden. Das Gehirn wird demonstriert. Die hier sekundär degenerierte Bahn passiert jene Lokalitäten, bei deren Läsionen Aphasie beobachtet wurde. Die Faserzüge, welche aus den motorischen Zellen der C.a. entspringen, sind also die motorischen Sprachbahnen. Burkhard fand bei Exstirpation der Pars triangularis keine Symptome, weil er das Sprachgebiet unverletzt ließ. Krause hingegen konstatierte bei seinen Epilepsieoperationen nach Exstirpation der Rinde der C.a. zweimal motorische Aphasie, ohne Verletzung der F_3 . Die vordere Zentralwindung hat Analogien im Rindenbau und der Markfaserentwicklung mit der ersten Schläfenwindung und dem Lobus lingualis, welche erweislich die Träger der akustischen und optischen Wortbilder sind. C.a. ist daher auch ein Zentrum des Wortgedächtnisses, und zwar Trägerin des kinästhetischen Wortbildes. F_3 ist für die Sprache belanglos.

Die subkortikalen Aphasien sind in der Regel kortikale Aphasien nach Abklingen der Störungen der inneren Sprache. Nicht jeder Verlust einer Kategorie der Wortbilder muß bleibendes Erlöschen der anderen Kategorien zur Folge haben. (Autoreferat.)

A. Knauer (Berlin): Die Myeloarchitektonik der Broca'schen Region.

Die dritte Stirnwindung des Menschen zerfällt nach O. Vogt in elf myeloarchitektonische Felder, die sich in den von Vogt untersuchten fünf und den vom Vortragenden untersuchten neun Hemisphären regelmäßig wiederfanden. Von diesen elf Feldern bilden zehn zusammen die Regio unitostriata des Stirnhirns (O. Vogt). Das restierende Feld gehört zum bistriären Typus und hat seine nächsten Verwandten in den basalen Feldern von F_2 . Dieses Feld liegt auf der Pars opercularis und keilt sich zwischen den unitostriären Typus der übrigen zehn Felder von F_3 und den unistriären der vorderen Zentralwindung ein. Auch die Pars orbitalis, und zwar in der von Eberstaller, Retzius u. a. im Gegensatz zu Broca angenommenen Ausdehnung bis zum hinteren medialen Schenkel des Sulcus orbitalis, gehört zu diesem unitostriären Typus.

Hier zeigt ein Feld die Area multistriata, einen ganz absonderlichen, im ganzen Stirnhirn einzig dastehenden Bau. Daß diesem auf den ersten Blick mit bloßem Auge in der Nähe des transversalen Schenkels der H-Furche zu erkennenden Felde eine besondere Funktion zukommt, dürfte nicht zu bezweifeln sein.

Vortr. hebt als interessant den myeloarchitektonischen Doppelcharakter der Pars opercularis hervor, der sehr gut zu der von ihm an anderer Stelle (Sommer's Klinik für psychische und nervöse Krankheiten 1909) entwickelten theoretischen Vorstellungen über den Bau der motorischen Sprachregion paßt. Einen wesentlichen Unterschied in der Breite der Rinde von C.a. und F_3 , wie sie der Vordr. behauptet, bestreitet Vortr.

Vortr. hat im Auftrage von O. Vogt in den verschiedenen Hemisphären die individuellen Variationen der Vogt'schen Felder in bezug auf Zahl, Größe, inneren Bau, Lagebeziehung zu den typischen Furchen u. a. eingehend studiert. Er teilt diese Hauptergebnisse mit. Bemerkenswert ist, daß sich ausnahmslose Regeln über die Beziehungen der myeloarchitektonischen Felder zu den Furchen nicht aufstellen lassen. Sehr wechselnd ist unter anderem die Grenze zwischen dem bistriären Felde des Operculum frontale und dem unistriären Typus von C.a. Die Angabe von Eberstaller, Mme. Dejerine, Liepmann und Quensel u. a., daß der Sulcus subcentralis anterior die vordere Grenze der F_3 bilde, trifft in der Tat sehr häufig zu. Indessen liegt sie aber auch oft sehr weit vor oder hinter ihm. In einer von O. Vogt untersuchten Hemisphäre reichte der unistriäre Typus der C.a. sogar nach vorn bis zu einer Furche, die jeder Vorurteilslose als Sulcus diagonalis des Operculums ansehen muß. Die Angabe des Vordr., der Typus der motorischen Sprachregion greife immer auf die vordere Zentralwindung über, geht also zu weit. Andererseits zeigt Vortr. eine Hemisphäre, in der das hinterste bistriäre Feld von F_3 an einer Stelle den Rand der Zentralfurche erreicht. In diesem Falle war freilich die letztere außerordentlich tief, schnitt schon in einer wenig oberhalb der Fossa Sylvii gelegenen Höhe auf die Medialfläche durch, so daß der unistriäre Typus der C.a. ganz auf den enorm breiten vorderen Abhang der Zentralfurche hinabgeglitten war.

Beachtung verdienen die namentlich die Lateralfläche der F_3 häufig unterminierenden ausgedehnten Tiefenwindungen, die sowohl in der Tiefe des Sulcus praecentralis inferior wie des Sulcus diagonalis, wie des Ramus anterior der Fossa Sylvii vorkommen. Besonders können die in dem ersteren gelegenen die Topographie der Felder stark beeinflussen. So kann sich der Typus von F_3 , sowie auch der Typus von F_2 , der dann leicht ventralwärts vorrückt, in der Tiefe weit über die äußere Grenze der unistriären Region von C.a. nach hinten ausdehnen. Es liegt auf der Hand, daß an solchen Stellen Rindenherde sowohl die oberflächliche wie die anders gebaute Tiefenwindung leicht zerstören und dann scheinbar ganz paradoxe klinische Bilder schaffen können.

Generelle Unterschiede in der myeloarchitektonischen Organisation von F_3 in linker und rechter Hemisphäre ließen sich nicht finden. Dagegen scheint grobmorphologisch die rechte Hemisphäre von der bekannten Idealform der Lateralfläche von F_3 durch Zusammenfluß der typischen Furchen, wie sie Eberstaller, Cunningham, Retzius u. a. beschrieben haben, weit häufiger abzuweichen, wie die linke, wovon sich Vortr. vielfach bei Sektionen überzeugen konnte.

H. Quensel (Leipzig): Über den Stabkranz des menschlichen Stirnhirns. (Projektionsvortrag.)

Der Stabkranz des Stirnhirns wird im allgemeinen dargestellt von den Fasern im vorderen Schenkel der inneren Kapsel. Für eine bestimmte Ebene, etwa unmittelbar vor dem Knie der Kapsel, kann man wohl von einem dorsalen, mittleren, und ventralen Drittel sprechen. Die zum Hirnschenkelfuß absteigenden Fasern nehmen als Arnold'sches Bündel dessen beide mediale Viertel ein. Die medialsten unter diesen Fasern passieren das ventrale Drittel des vorderen Schenkels der inneren Kapsel. Sie stammen her aus einem Gebiet der Hirnrinde, das den orbitalen Teil des Stirnlappens, die vor dem Balkenknie gelegenen Teile der ersten Stirnwindung sowie des Gyrus fornicatus umfaßt.

Der mittlere Teil des Arnold'schen Bündels passiert den mittleren Teil der vorderen inneren Kapsel und läßt sich ableiten aus dem vorderen Teil der Pars triangularis, den angrenzenden Stücken der Pars orbitalis von F_3 , aus der F_1 und der ganzen medialen Hemisphärenrinde inkl. Gyrus fornicatus in der Gegend des Balkenknie. Die Fasern endlich im lateralen Teil des Arnold'schen Bündels passieren das dorsale Drittel der vorderen inneren Kapsel, und zwar wesentlich in ihrem medialen Teile. Sie stammen ganz überwiegend ab aus dem Fuße der F_1 und dem Gyrus fornicatus dieser Gegend. Ihnen schließen sich lateral im Knie der inneren Kapsel an Fasern aus dem Operculum der vorderen Zentralwindung, die im Hirnschenkelfuß in die Fußschleife übertreten. Fasern aus der Pars opercularis und dem unteren Teil der Pars triangularis von F_3 konnten an den Präparaten des Vortr. nicht sicher nachgewiesen werden, noch weniger solche aus F_2 . Wenn auch die Weigert-Methode hier nicht entscheidend ist, läßt sich die überwiegende Zugehörigkeit der Stabkranzfasern, zunächst des Arnold'schen Bündels, zur medialen Hemisphärenrinde, zu F_1 und Gyrus fornicatus nicht bezweifeln, sichergestellt ist weiter eine solche zu der vorderen Pars triangularis und opercularis von F_3 .

Beziehungen des Stirnhirnstabkranzes zum Thalamus ließen sich in gesetzmäßiger Weise dartun. Es degenerieren stets Anteile des „vorderen lateralen“ Kernes, d. h. desjenigen Teils des lateralen Kernes, der vor der Ebene des Nucleus medialis gelegen, keine Trennung eines ventralen und dorsalen Abschnittes mehr erkennen läßt und über den Nucleus anterior noch frontal hinausreicht. Und zwar degenerieren stets bestimmte Stücke; entsprechend dem dorsalen Drittel der vorderen inneren Kapsel das hintere laterale und dorsale Stück des Kernes, entsprechend dem mittleren Drittel ein mittleres Stück des Kernes, endlich mit dem ventralen Drittel der vorderen inneren Kapsel der vordere, ventrale und medial gerichtete Kernanteil. Dieselben haben also die gleichen regionären Beziehungen zur Hirnrinde, wie die entsprechenden Stücke des Arnold'schen Bündels.

Den absteigenden Fasern aus dem unteren Teil der vorderen Zentralwindung entspricht eine Degeneration im Nucleus ventralis anterior von Monakow, also vor dem Centre median von Luys, sowie eine noch hochgradigere im entsprechenden dorsalen Abschnitt des lateralen Kernes.

Im Nucleus anterior degeneriert mit Unterbrechung des Stirnhirnstabkranzes das Stratum zonale und die dorsale Schicht des Kernes selber im vorderen Abschnitt, bei Herden in der Zentralwindungsregion auch laterale und kaudalere Partien. Der größte ventrale Teil des Kernes bleibt stets intakt. Der Nucleus

medialis thalami erscheint nur atrophisch, und zwar vorwiegend in seinen lateralen Abschnitten.

Das sog. okzipitofrontale Bündel entsteht aus der bündelförmigen Durchflechtung mehrfacher Faserzüge von:

1. Balkenfasern,
2. Fasern des Stratum subcallosum,
3. Fasern des Stratum externum coronae radiatae.

Am charakteristischsten für dieses Feld sind:

4. die auf Frontalschnitten quer getroffenen, weit frontalwärts ziehenden Rundbündel. Diese degenerieren kortikalwärts, kortikofugal atrophieren sie. Sie stammen aus der Capsula interna und treten, soweit das Stirnhirn in Betracht kommt, in Beziehung zum vorderen lateralen Thalamuskern. Ob sie aus diesem stammen oder ihn nur durchziehen, ist nicht sicher zu entscheiden. Kortikalwärts entbündeln sie sich mit den innersten Fasern des Stratum externum zur Rinde des Gyrus fornicatus. (Autoreferat.)

Diskussion:

Nießl v. Mayendorf kommt auf seine abweichenden Anschauungen zurück.

Quensel: Die Beschränkung des Stirnhirnstabkranzes auf den vorderen Schenkel der inneren Kapsel habe ich eingangs hervorgehoben. Eine gleichmäßige und allgemeine Versorgung der Stirnhirnrinde mit Stabkranzfasern ist bisher jedenfalls nicht nachgewiesen, soweit sich eine solche an meinen Präparaten feststellen ließ, habe ich sie angegeben. Wenn Herr v. Nießl einen Stabkranz der Pars opercularis von F_3 nachweisen konnte, so bilden seine Untersuchungen eine willkommene Ergänzung der meinigen. Über die funktionelle Bedeutung des Stirnhirnstabkranzes läßt sich zurzeit eine sichere Entscheidung nicht treffen. Daß es sich um Projektionsfasern im Sinne von Meynert handelt, habe ich nicht behauptet.

III. Bibliographie.

J. Marcinowski: Die Bedeutung der Weltanschauungsprobleme in der Heilkunst.

(Zeitschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol., Bd. I, H. 3.)

Es ist lebhaft zu begrüßen, daß der Verfasser es unternommen hat, auf ein Arbeitsgebiet von so großer Wichtigkeit hinzuweisen, obgleich er sich vielleicht bewußt war, daß unsere exakte Zeit seinen Ausführungen nur geringes Verständnis entgegenbringen wird. Es muß heutzutage nachdrücklich betont werden, daß für den Menschen nicht nur seine Arbeitsfähigkeit von Wert ist, sondern mindestens ebensosehr seine Genußfähigkeit, die seelische Möglichkeit, aus seinem Leben, welchen Wechselfällen es auch immer ausgesetzt sein möge, die denkbar größte Summe von persönlichem Glück zu gewinnen. Die tägliche

Erfahrung lehrt uns, wie Genußfähigkeit und Arbeitsfähigkeit einander beeinflussen, und weiter, wie es gerade die Genußfähigkeit ist, welche durch die wachsende Nervosität unserer Zeit in erster Linie und am meisten leidet. Dem Arzte werden damit allerdings Aufgaben gestellt, von welchen er sich, seitdem sich die Medizin von der Vormundschaft der Theologie emanzipierte, und besonders unter dem Einflusse der großen Errungenschaften der Naturwissenschaften, gefissentlich fern gehalten hat. Sie lagen ihm aber nicht immer so fern. „Der ewige Kreislauf der Dinge,“ um M.'s eigene Worte zu gebrauchen, „schließt sich wieder einmal: einst waren die Priester die Ärzte, jetzt soll der Arzt auch wieder zum Priester werden und der Träger und Vorkämpfer einer gesunden, kraft- und heilvollen Weltanschauung sein.“

Der Vergleich, mit welchem M. seine Ausführungen einem medizinischen Gaumen schmackhafter machen will, ist gut geeignet, das Verständnis zu wecken. Wie man in der Medizin im allgemeinen sich nicht mehr darauf beschränken darf, nur die einzelnen Symptome eines chronischen Leidens zu bekämpfen, sondern die Hauptsache die Allgemeinbehandlung ist, so sollte man sich auch im speziellen in der Psychotherapie nicht mit der Beseitigung einzelner Krankheitserscheinungen durch Hypnose, Suggestion, Psychoanalyse usw. begnügen, sondern durch Änderung der gesamten Lebens- und Weltauffassung den Störungen des seelischen Gleichgewichtes begegnen. Das ist keine leichte Aufgabe, und der Arzt, der sich ihr unterziehen will, muß neben seinen Fachkenntnissen über ein ausgedehntes psychologisches und philosophisches Wissen verfügen, er muß gewissermaßen über den verschiedenen Meinungen und Weltanschauungen stehen, er muß vor allem verstehen, seine Patienten davon zu überzeugen, daß „Kranksein und darunter leiden zweierlei ist“.

Diese grundlegenden allgemeinen Gedanken sucht Verf. in Anlehnung an eines der bedeutendsten Weltanschauungssysteme, der Stoa, näher auszuführen.

Der Inhalt der Stoa wird am besten gekennzeichnet durch den Ausspruch Mark Aurel's: „Du brauchst nur deine Ansicht über ein Ding zu ändern und du hast dich vor ihm in Sicherheit gebracht.“ Das Fehlerhafte in der Lebensauffassung so vieler Menschen, welche nervös sind und unter dem Leben leiden, ist, daß sie den gesunden Blick für Wert und Unwert der Dinge verloren haben. Ihre Glücksfähigkeit wird aber nicht beeinträchtigt von den Dingen außer ihnen, sondern von der inneren Stellung, die sie zu ihnen einnehmen, von den Vorstellungen, die sie mit ihnen verknüpfen. Diese „Abhängigkeitsvorstellungen“ sind zu bekämpfen. Der Verf. führt nun weiter aus, wie die moderne naturwissenschaftliche Denkweise, deren Wert er im übrigen durchaus nicht bestreitet, durch allzu einseitige Betonung des Kausalprinzipes, durch Überschätzung des Reizes im Gegensatz zu den elektiven Eigenschaften der reizaufnehmenden lebenden Substanz, diese Abhängigkeitsvorstellungen stärkt und großzieht. Der Mensch ist darauf hinzuweisen, daß es doch schließlich von ihm abhängt, welchen von der Unsumme auf ihn einwirkender Reize er einen Einfluß auf sich einräumen will. Den lähmenden Abhängigkeitsvorstellungen gegenüber muß sein Freiheitsgefühl wachgerufen und gestärkt werden. An eine absolute Freiheit denkt der Verf. dabei natürlich nicht; bei der Benutzung des Wortes „frei“ muß man stets hinzufügen: „frei wovon?“; es handelt sich hier um eine Freiheit von äußeren Dingen, mit welcher sich eine Abhängigkeit von innerer Notwendigkeit sehr wohl vereinigen läßt. Diese innere Abhängigkeit, die Eigenart eines jeden

ist aber etwas Gewordenes und noch fortwährend im Werden Begriffenes. Auf dem Anders-werden-können dieser Eigenart beruht die Möglichkeit jeder Erziehung, der Selbstzucht und des persönlichen Eingreifens in die eigene Entwicklung auf Grund neuen Erkennens.

In manchen Fällen wird es auch notwendig sein, den wissenschaftlichen Determinismus heranzuziehen, um z. B. Kränkungen durch tatsächliche Vorkommnisse den Stachel zu nehmen. Im allgemeinen werden aber die Erziehung zu echter menschlicher Güte, das Klarwerden darüber, daß die eigene innere Unruhe und Zerrissenheit gewöhnlich nach außen projiziert wird und dann als von außen hervorgerufen zurückstrahlt, die Geringschätzung allerhand äußerlicher Ereignisse, welche für in Wirklichkeit psychogene Zustände verantwortlich gemacht werden, die wichtigsten Hilfsmittel sein, um die Stellung zu den äußeren Dingen zu ändern. Vielfach wird der Kranke auch zunächst auf die Beseitigung so manchen quälenden Symptomes verzichten lernen müssen; er wird bald erkennen, daß es ihn nur so lange quält, als er es fürchtet. Endlich gibt es an und für sich ganz gesunde Weltanschauungen, welche aber durch Übertreibung ungesund werden können. Die Stoa kann zur Gleichgültigkeit, buddhistische Lehren können zu tatenloser Schwärmerei (theosophische Bewegung) führen, der in der Jugend zu stark betonte christliche Sündenbegriff kann verhängnisvoll für manches Menschenleben werden, Sitte und Moral können, wenn sie nicht mehr lebendig sind, den Anschauungen einer fortgeschrittenen Erkenntnis nicht mehr entsprechen, Konflikt erregend und verderblich wirken. In solchen Fällen muß eine großzügige, vornehme Lebensauffassung einsetzen. Das ist im wesentlichen der Inhalt des Aufsatzes, den der Verf. selbst als eine flüchtige Skizze bezeichnet, in welcher „in Überschriften fast unausfüllbarer Kapitel nur angedeutet werden kann, was gemeint ist“.

Es sei mir gestattet, nur eine Bemerkung zu machen. Der Verf. gibt selbst zu, daß gerade die Einseitigkeit, das Temperament, die Begeisterung oft die größte Wucht verleiht; das ist in der ärztlich-erzieherischen Tätigkeit vielleicht noch mehr als irgendwo anders der Fall. Nicht was, sondern wie es gesagt wird, ist meistens von entscheidendem Einfluß; es stecken eine Menge suggestiver Momente hinter Ausführungen, die scheinbar nur durch ihre klare, überzeugende Logik wirken. Kann es dem Psychotherapeuten, der unparteiisch über den Meinungen steht, nach dem Ideal M.'s, möglich sein, diese suggestiven Momente, welche gerade in den Formen stecken, immer genügend zur Wirksamkeit zu bringen? Wird sein Einfluß nicht zum Schaden für seine Wirkung wesentlich abgeschwächt werden, wenn er sich der persönlichen Stellungnahme allzusehr entäußert, wenn er den verschiedenen Weltanschauungen allzu objekt gegenüberzustehen sich bemüht? Es kann ferner meiner Ansicht nach kaum ausbleiben, daß er je nach seiner Eigenart einer Weltanschauung gegenüber eine wärmere Stellung einnimmt; mit dieser wird er bei seinen therapeutischen Bestrebungen auch größere Erfolge haben, und zwar bei Patienten, welche seiner Eigenheit näher stehen, bei denen er deshalb mehr Verständnis findet. So kommt es eben in der Psychotherapie im wesentlichen immer wieder auf den Einfluß der Persönlichkeit heraus.

Die deutsche medizinische Literatur ist im Vergleich zur ausländischen recht arm an Arbeiten, welche das besprochene Thema behandeln. Hoffentlich verstehen die deutschen Ärzte die Zeichen der Zeit und lassen sich nicht ein

Schaffensgebiet entreißen, auf dem sie die berufensten Arbeiter wären. Man braucht nur einen Blick in die Auslagefenster der Buchhandlungen zu werfen, um zu erkennen, wie ungeheuer groß das Verlangen nach seelischem Trost und starkem inneren Halt in unserer Zeit geworden ist. Koschella (Stuttgart).

W. Wirth: Die experimentelle Analyse der Bewußtseinsphänomene. Braunschweig, Friedrich Vieweg u. Sohn, 1908. 449 Seiten.

Der Verf., der selbst in zahlreichen Einzelarbeiten die Analyse hauptsächlich der optischen Bewußtseinserscheinungen gefördert hat, bringt hier in kritischer Durcharbeitung eine Zusammenfassung des ganzen im Titel angegebenen Gebietes.

In dem einleitenden Artikel: „Das Bewußtsein als natürliche Einheit“, sind nach einem kurzen Rückblick auf die historische Entwicklung des Begriffs Bewußtsein die erkenntnistheoretischen Vorfragen behandelt. Eine Darstellung der inneren Gliederung des Bewußtseins, die vorwiegend die Anschauungen von Wundt und Lipps berücksichtigt, leitet dann zum 1. Teil des eigentlichen Themas über. Als „Vorbereitung der Experimente“ werden in diesem die „Allgemeineren Beobachtungen über das Wesen der Bewußtseinsphänomene“ angeführt. Sie geben uns einen ersten Aufschluß über den wechselnden Umfang des Bewußtseins und über eine durch die Apperzeption bedingte Abstufung seiner Inhalte nach Bewußtseinsgraden.

Teil 2 behandelt die „Versuche nach der Eindrucksmethode“, zuerst die Analyse eines einzelnen Zeitpunkts. Darunter fallen „der Umfang der Neuaufassung kurzdauernder Sinnesreize, die quantitative Analyse der Bewußtseinsgrade in umfassenderen Komplexen der Sinneswahrnehmung nach der Methode der Unterschiedsschwellen, die Aufschlüsse, die Beobachtungs- und Vergleichsfehler, besonders die psychologisch bedingten optischen u. a. Täuschungen, über die Klarheitsgrade geben“, und endlich, „der Einfluß der Inhalte selbst auf ihre Klarheitsverhältnisse“.

Dem Verlauf kontinuierlicher Leistungen und der Zeitvorstellung gilt der 2. Abschnitt des zweiten Teiles. Hervorgehoben seien hier die Kapitel über den Verlauf der geistigen Arbeit, über die Untersuchung der Aufmerksamkeitschwankungen und über die dem Phänomen der Zeitvorstellung selbst gewidmeten Experimente.

Der 3. Hauptteil des Werkes enthält die Versuche nach der Reaktions- (Ausdrucks-) methode, die sich mit den „Bewußtseinsphänomenen der Trieb- und Willkürhandlung“ befassen. Wirth berücksichtigt dabei auch die psychopathologischen Erfahrungen, soweit sie für ihn in Betracht kommen. Der Ausdruck, den gemütliche Vorgänge in den unwillkürlichen Innervationen von Atmung, Puls usw. finden, hat ja in der Tat das besondere Interesse des Psychiaters zu beanspruchen. Mit der Analyse der Willkürhandlung, vorzüglich am Ergographen, und den sog. einfachen und Wahlreaktionen in ihren verschiedenen Formen ist die Aufgabe des Buches erschöpft.

Schon wegen seines großen stofflichen Reichtums konnte das Buch hier nur in flüchtigen Umrissen skizziert werden. Es ist für den Fachpsychologen geschrieben, doch durchweg, nicht nur in seinem letzten Kapitel, auch für den Psychiater, zum mindesten den psychopathologisch experimentierenden, von großem Wert.

Busch (Tübingen).

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

3

Alfred Busch: Der Einfluß des Alkohols auf Klarheit und Umfang des optischen Bewußtseins. Tübinger Habilitationsschrift, 1909. gr. 8^o, 126 Seiten.

Die Versuche wurden mit einem modifizierten Wirth'schen Spiegeltachistoskop, der gestattet, momentane Änderungen an einer Figurengruppe zu erkennen, an acht Personen im Alter von 20—30 Jahren (darunter zwei Frauen) angestellt, von denen drei an regelmäßigen Alkoholgenuß gewöhnt, drei seit Wochen fast abstinenter oder abstinent waren. Die Alkoholdosis betrug 30 ccm in einer Verdünnung von 33 %, ausreichend, um deutliche Symptome ohne allzu unangenehme Nebenerscheinungen hervorzubringen.

Als einfachste Auffassungsaufgabe dienten Variationen an 25 einfachen gleichen Kreisen, die in fünf Reihen zu je fünf übereinander geordnet waren, als Variationen Teilung eines Kreises durch einen wagerechten Durchmesser von der Dicke und Farbe des Kreisumfangs. Es wurde anfangs stets nur ein Kreis, und da sich diese Aufgabe als zu leicht erwies, zwei Kreise unter 13 ausgesonderten zugleich variiert; die Variationen betrafen bald die Kreise im Mittelpunkt der Beobachtung, bald die weniger beobachteten; der Beobachter, der den mittleren Kreis fixieren mußte, hatte anzugeben, welche Kreise variiert waren. Es wurden ferner Apperzeptionsversuche angestellt, zu denen die von Finzi eingeführten Täfelchen mit neun großgedruckten lateinischen Buchstaben dienten. Außerdem wurden noch regelmäßige Prüfungen der Sehschärfe an Snell'schen Tafeln angestellt. Der Spalt, durch den der Beschauer das im Spiegel erscheinende Objekt sah, war so groß, daß die Gruppe der neun Buchstaben noch gerade auf einmal zu sehen war. Die Exposition des Objektes dauerte stets nur ganz kurze Zeit (17 Sigmen), die gerade kurz genug war, um mit Rücksicht auf das Nachbild eine (praktisch) gleichzeitige und momentane Darbietung der Elemente zu gewähren.

Alkohol- und Normaltage wechselten regelmäßig miteinander ab. Die Untersuchungen begannen stets mit einem oder mehreren Normaltagen. Die Versuche eines Tages waren stets durch eine Pause von 20 Minuten in zwei gleiche Hälften geteilt. Bei allen acht Personen waren mehr oder weniger zahlreiche Einübungsversuche gemacht worden. Außerdem wurden zu Beginn jedes Tagesabschnitts drei Einzelexpositionen als Vorversuche zur Einstellung auf die Aufgabe hinzugefügt. Außerdem wurden noch andere Kautelen beobachtet. Die Versuche jedes Tages begannen mit den neun Buchstabenringen, nach Darbietung von zehn Karten folgten mit kurzer Pause die Variationsversuche. An den Alkoholtagen tranken die Beobachter in der Pause von 20 Minuten den Alkohol langsam schluckweise innerhalb der ersten 5 Minuten, um unangenehme Sensationen, Übelkeit usw. zu vermeiden. Im übrigen wurden die Pausen mit gleichgültigen Gesprächen ausgefüllt.

Es zeigte sich in allen Versuchen eine Zunahme der Fehler unter Einfluß des Alkohols bzw. eine Verminderung der Auffassung, der verwandten Beobachtung, die stets weit stärker die peripheren, auch schon normal weniger beobachteten Bezirke, als die zentralen betraf. Es bestand unter Alkohol die Tendenz, die Beobachtung auf einen kleineren Umkreis einzuschränken, d. h. eine Einengung des Bewußtseinsumfanges. Auch bei der Apperzeption zusammengesetzter Reize (Buchstaben) hatte nach 45 Minuten ausschließlich der Umfang der Auffassung, nicht ihre Zuverlässigkeit abgenommen, während frühere Autoren

auch, obschon in geringem Maße, Zunahme der Falschlesungen beobachteten, allerdings in einem jüngeren Stadium des Rausches. Die Wirkung des Alkohols war 10 Minuten nach dem Genuß schon deutlich und bestand noch nach Abschluß der etwa 50 Minuten dauernden Versuche. Mehrfach zeigte sich eine Nachwirkung über 24 Stunden hinaus, in einer schlechteren Disposition bzw. einem stärkeren Ausfall an den jeweils folgenden Tagen. Der einmal genommene Alkohol hinterließ sogar trotz der geringen Quantität noch nach 48 Stunden eine gesteigerte Empfindlichkeit für die nächste Gabe, und die kumulative Wirkung war noch größer, wenn zwischen den aufeinander folgenden Dosen nur 24 Stunden lagen. Eine Gewöhnung ließ sich während der Versuche nicht nachweisen, doch war die objektive und subjektive Empfindlichkeit der an Alkohol gewöhnten Versuchspersonen geringer. Einigemal wurde beobachtet, daß, wenn die Leistungen vorher durch hemmende Unlustgefühle unter die Norm herabgesetzt waren, die Schädigungen durch den Alkohol ganz oder wenigstens für einige Minuten ausblieben (ja selbst sich in ihr Gegenteil verkehrten).

Im Gegensatz zu der Schädigung der psychischen Funktion durch den Alkohol stand die regelmäßige Steigerung der einfachen Sehleistung, der Sehschärfe, durch den Alkohol, die bereits 10 Minuten nach seiner Aufnahme, noch etwas deutlicher nach 40 Minuten, nachzuweisen war. Nach B. handelt es sich hier um eine Erhöhung der physiologischen Leistung, die ähnlich von Specht für das akustische Gebiet festgestellt worden ist. Der Alkohol scheint überhaupt, wenigstens in mäßigen Dosen, eine größere Erregbarkeit der physiologischen Sinnestätigkeit hervorzurufen, ebenso wie er in geringen Dosen die motorische Erregbarkeit steigert.

Die subjektiven Beobachtungen nach der Alkoholaufnahme, die im allgemeinen der objektiven Reaktion parallel gingen, bestanden wesentlich in einer ausgesprochenen Einengung des Bewußtseins, des Gedankenkreises auf wenige Dinge, begleitet von einem behaglichen, aber gleichgültig apathischen Gefühlszustand, wobei alle Spannungen, auch die der Aufmerksamkeit (Einengung des Gesichtsfeldes) nachgelassen hatten. „Dieser Zustand mutet wie ein erster Hinweis auf die spätere Vertrottung des chronischen Alkoholisten an. Dort ist am Ende eine behagliche, selbstzufriedene Apathie mit ganz beschränktem Gedanken- und Interessenkreis als vorherrschende Bewußtseinslage übrig geblieben.“

Auch die kumulativen Wirkungen des Alkohols zeigten sich einigemal in einer sich stetig steigernden Empfindlichkeit. Häufig waren ferner, besonders in den ersten Versuchstagen, illusionäre Erscheinungen vorwiegend visueller Natur (es wurden Schachfiguren gesehen, die Kreise waren bald in der Größe, bald in der Form verändert, die Farben wurden viel weißer gesehen), ein Anklang an die visuellen Störungen beim Delirium tremens. Später wurden diese Erscheinungen durch eine zunehmende Schläfrigkeit abgelöst. Die Zeit verlief subjektiv rascher, manche glaubten nach Alkohol klarer zu sehen (entsprechend der Steigerung der Sehschärfe).

Hoppe (Königsberg).

Heinrich Sachs: Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung. Verlag von Preuß & Jünger, Breslau, 1909.

An der Breslauer Heilanstalt für Unfallverletzte tätig, hat der Verfasser reichliche Gelegenheit, die Mannigfaltigkeit der Auffassungen über die Unfall-

neurosen zu studieren. Wer öfters derartige Kranke zu begutachten hat, weiß, wie unheilvoll dieser Mangel an einheitlicher Auffassung auf das Leiden des Unfallverletzten einwirkt, wie er imstande ist, das Ansehen des ärztlichen Gutachtens vor der Laienwelt in Mißkredit zu bringen. Die Arbeit des Verf., die einem praktischen Bedürfnis entsprungen ist, ist geeignet, diesen Mißstand zu bessern; sie sucht das Krankheitsbild der Unfallneurosen von neuem zu umgrenzen, und gibt nach einer ausführlichen Schilderung dieser Krankheit auf reicher Erfahrung beruhende Ratschläge für deren Beurteilung.

Nach Ausscheidung der organisch bedingten Unfall-„Neurosen“, wie sie nach Übersehen nachweisbarer anatomischer Veränderungen (z. B. Wirbelverletzungen) oder infolge der Unzulänglichkeit unserer heutigen klinischen und auch anatomischen Untersuchungsmethoden besonders nach Kopfverletzungen (bei Veränderungen des Gehirns, der Hirnhäute und des Schädeldaches) verkannt werden, faßt Sachs die auf einer angeborenen (angeborene Minderwertigkeit) oder erworbenen (Vergiftungen, Alkoholismus, „Neurasthenie“) abnormen Erregbarkeit der Nervenzentren beruhenden Krankheitsbilder als funktionelle im engeren Sinn zusammen (im Gegensatz zur Epilepsie usw. als „funktionelle Neurosen“). Eine dritte Gruppe umfaßt die psychogenen Krankheitsbilder, bei denen Ursache und Wirkung z. T. in einem begreiflichen Verhältnis zueinander stehen (Schreckneurosen, Erkrankungen nach elektrischen Entladungen, gewisse Phobien), während bei einem anderen großen Teil jegliches Verhältnis zwischen Unfall und Unfallfolgen fehlt. In diese Gruppe gehören die „traumatischen Neurosen“, die keinen streng abgesonderten Krankheitsbegriff darstellen, sondern nach Sachs zu der „böartigen Hysterica“ und den „Haftpsychosen“ eine Parallele bilden. Das Wesen der Krankheit definiert er als „die Reaktion des Degenerierten auf einen zur Rente berechtigenden Unfall auf Grund der in der Volksseele gebildeten Gedankenrichtung, als einer Art Infektionskrankheit“. Für die Untersuchung und Beurteilung ihrer einzelnen Symptome gibt der Verfasser beachtenswerte, kritische Anhaltspunkte. Erfolgreiche Behandlung ist nur möglich, wenn die Entschädigungsfrage völlig ausgeschaltet ist; im übrigen ist die Behandlung möglichst einzuschränken, da durch eine solche das Augenmerk des Kranken nur noch mehr auf sein Leiden gerichtet wird. Die Heilungsaussichten sind ungünstig, hohe Renten sind nicht zu empfehlen. Mehr Wert ist auf die Verhütung der Krankheit in ihrer Entstehung zu legen, was durch Einschränkung der Zahl der Rentenempfänger, Verfall der Gewöhnungsrenten ohne Nachuntersuchung und durch einmalige Entschädigungssummen vielleicht zu erzielen ist. Als dahin gehenden Versuch erwähnt Sachs auch die weniger allgemein bekannte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, alle nervösen Störungen, die nicht dem Unfall als solchem, sondern dem Kampf um die Rente ihre Entstehung verdanken, nicht als entschädigungsberechtigt anzusehen.

Die Frage der Unfallneurose ist in der vorliegenden Arbeit in kritischer Weise gedrängt und doch elegant und umfassend behandelt; das Buch ist jedem, der mit der Unfallbegutachtung zu tun hat, sehr zu empfehlen. Schnizer (Tübingen).

B. Klister: Beitrag zur Kenntnis der neuropathischen Gelenkaffektionen. Dissertation. Berlin, 1909.

Im Gefolge der Tabes und Syringomyelie treten nicht selten Gelenkaffektionen auf, die ein sehr charakteristisches Bild darbieten. Bei der Tabes werden

meist die Gelenke der unteren, bei der Syringomyelie die der oberen Extremitäten befallen. Für beide Formen ist eine mehr oder weniger ausgesprochene Analgesie charakteristisch. Die tabischen (Charcot) und gliomatösen (Sokoloff) Arthropathien sind trophoneurotischen Ursprungs. In leichteren Fällen verfähre man so lange als möglich konservativ. In schwereren Fällen und bei Komplikationen (Eiterung, Tuberkulose) soll sogleich eine radikale Operation — in der Regel die Amputation — vorgenommen werden. Orthopädische Apparate, sachgemäß angewandt, leisten in therapeutischer wie prophylaktischer Hinsicht gute Dienste. Je mehr man sich in das Studium der Arthropathien vertieft, um so mehr gewinnt man die Überzeugung, daß hier kompliziertere Verhältnisse vorliegen, die eine einfache Deutung nicht gestatten (Sonnenburg, Arthropathia tabicorum).

Fritz Loeb (München).

IV. Referate und Kritiken.

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

Bum (Wien): Die Infiltrationstherapie der Ischias.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 30.)

In 4 $\frac{1}{2}$ Jahren behandelte Bum 308 Fälle idiopathischer Ischias mit 61,7 % Heilungen und 38,3 % Mißerfolgen (Besserungen und Rezidive eingerechnet) mittels Infiltration von 100—120 ccm steriler isotonischer Kochsalzlösung unter starkem Druck in die Nervenscheide. Er geht da ein, wo der lange Bizepskopf vom unteren Rand des Glutaeus maximus geschnitten wird und senkt nach hälftigem Einstechen die Nadel so, daß der Ischiadikus tangential getroffen wird. Die Injektionen werden nötigenfalls bis viermal wiederholt. Akute Fälle scheidet man am besten von der Infiltrationsbehandlung aus. Anscheinend liefern diejenigen subakuten und chronischen Formen die günstigsten Resultate, die in der Ruhe Schmerzfreiheit, nach kurzer Bewegung aber Schmerzen zeigen, und in denen man wohl als Ursache des Leidens Adhäsionen der Nervenscheide vermuten kann, die ihrerseits durch die unter hohem Drucke stehende Flüssigkeit gedehnt bzw. zerrissen werden. Im ganzen ist die Infiltration in der von Bum geübten Weise, wenn auch kein Allheilmittel, so doch eine wichtige Bereicherung der Therapie der Ischias. Liebetrau (Hagen i. W.).

Schäfer: Über die Gefahren des Bier'schen Stauungsverfahrens.

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr 19.)

In einem Falle entstand nach Anlegung der Staubinde an den Oberarm bei schwerer Phlegmone des Arms eine Radialislähmung auf Grund einer Neuritis, welche nur im gestauten Gebiet, aber nicht mehr an der Umschnürungsstelle aufgetreten war. Die Diagnose stützt sich auf den Nervenbefund bei der aus therapeutischen Gründen unternommenen Freilegung des Nerven.

Müller (Dösen).

Jendrassik: Gibt es heilbare Fälle von Dystrophie?

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr. 19.)

Im Jahre 1908 haben Marina (Deutsche m. W.) und Erb (Münch. m. W.) Fälle von Muskeldystrophie mit Ausgang in Heilung beschrieben. Verf. fügt einen fast völlig geheilten Fall sehr schwerer Dystrophie hinzu, außerdem einen Fall von bedeutender Besserung bei einem andersartigen hereditären Muskelleiden. Müller (Dösen).

Physiologie und Psychologie.

A. Knauer: Kritische Bemerkungen zu O. Veraguth's Buch: „Das psychogalvanische Reflexphänomen.“

(Journal für Psychol. und Neurol., Bd. XIV, 1909, S. 72—78.)

Verf. wendet sich zunächst gegen das „ausführliche Referat“, das O. Veraguth in seinem so verdienstvollen Buch (s. erstes Februarheft 1909 des Zentralblattes, S. 95 ff.) einer früheren Arbeit des Verf. hat angedeihen lassen. Gemeint ist die Arbeit: Über den Einfluß von Ausdrucksbewegungen auf das elektrolytische Potential und die Leitfähigkeit der menschlichen Haut (Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Bd. III, Heft 1). Knauer verwahrt sich dagegen, daß er als Ursache der Sticker'schen negativen Vorschwankungen (die er auch psycho-physisch dem Verständnis näher zu bringen sucht) und des p. g. R. überhaupt nur Kontaktänderungen an den Elektroden in Betracht gezogen habe; vielmehr ist er in seiner früheren Arbeit zu der Ansicht gelangt, daß Veränderungen in den vasomotorischen Innervationen oder in der Hautdrüsentätigkeit dem Phänomen zugrunde liegen. Er weist besonders auf die Divergenz zwischen seiner Auffassung und derjenigen Sommer's hin, der in der Tat das Zustandekommen des p. g. R. ausschließlich in durch unwillkürliche Muskelkontraktionen bedingten Kontaktänderungen erblickt. Ferner führt der Verf. an, daß Veraguth seine Erklärung der „episomatischen“ Ströme, die mit derjenigen Veraguth's im wesentlichen übereinstimmt, nicht erwähnt habe. Die hier in Frage kommenden Überlegungen der beiden Verfasser, die ein deutliches Bild von der Kompliziertheit der Entstehungsweise des p. g. R. geben, müssen in den Originalen nachgelesen werden. Sodann erhebt Verf. Einwände gegen Veraguth's Bezeichnung des Phänomens als „psychogalvanisches Reflexphänomen“. Wir verdanken Veraguth so viele mühevollen Einzeluntersuchungen und wertvolle Ergebnisse über dasselbe, daß wir mit ihm wegen der auch dem Ref. unsympathischen Namengebung nicht rechten wollen. Der Name wird sich nicht so leicht ausrotten lassen, und außerdem ist er in der Schreibweise p. g. R. sehr bequem. — Ref. schließt sich dem Verf. an, wenn er erklärt, daß die Methode M „im wesentlichen nur Leitfähigkeitsänderungen der Haut nachweist“, und wenn er im Anschluß hieran einige physikalisch-chemische Behauptungen Veraguth's kritisiert. Wenn der Verf. bemerkt, das Veraguth'sche Referat hätte in erster Linie das Hauptergebnis seiner Arbeit erwähnen müssen, nämlich „daß die psychisch-variablen episomatischen Ströme von der Art und Konzentration der Elektrolyten abhängen“, so weist Ref. auf S. 146 des Veraguth'schen Buches hin. Hier ist von den Beobachtungen Knauer's in erster Linie die „Verschiedenheit der Ausschläge bei Kettenschluß nach Natur der Elektrolytenflüssigkeit“ genannt. Daß der Verf. verneint, daß die Herzaktionsströme den p. g. R. hervorrufen könnten, ist zu

begrüßen, da dieser Einwand öfters erhoben wird. Schließlich lehnt Knauer den Schluß Veraguth's ab, daß die Haut der Hohlhand und der Fußfläche, d. h. die in ihr vorhandenen Schweißdrüsen, das elektrische Organ des Menschen seien. Dieser Schluß enthält zweifellos eine Übertreibung, ist aber nicht so fernliegend, wie es auf den ersten Blick erscheint. Man lese nur bei Veraguth selbst die Überlegungen nach, die ihn zu dieser Behauptung führen und die das deutliche und berechtigte Bedürfnis nach einer allgemein biologischen Auffassung des Phänomens erkennen lassen. L. Binswanger (Kreuzlingen).

O. Samuely: Über Bewußtseinsvorgänge im Schläfe und im Traume.
(Zeitschrift f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. I, H. 3.)

Während der ganzen Zeit des Schlafes tauchen unaufhörlich Vorstellungen auf und verschwinden wieder; eine große Anzahl von Vorstellungen ist gleichzeitig vorhanden, hierin liegt der Unterschied zwischen der Art des Vorstellens im Schläfe und im Wachzustande, die Vorstellungstätigkeit im Schläfe ist eine unzeitliche. Die Schlafvorstellungen werden hervorgerufen durch Einwirkung physiologischer oder pathologischer somatischer Vorgänge, oder durch Reize der Außenwelt, oder sie sind als Nachklänge aus dem Wachbewußtsein zu betrachten. Solche ungeordnete Vorstellungen kann man aber noch nicht als Traum bezeichnen. „Traum nennen wir sie erst, wenn wir uns ihrer im wachen Zustande als eines zusammenhängenden, ursächlich und zeitlich geordneten Ereignisses erinnern.“ Zum Aufbau des Traumes werden hauptsächlich die unmittelbar vor dem Erwachen auftauchenden Vorstellungen verwendet. Die den Traumbildern zugrunde liegende Gefühlsstimmung ist im wesentlichen von somatischen Vorgängen abhängig; dieselben können im Schläfe ihren Einfluß auf die allgemeine Gefühlslage um so eher ausüben, als das Bewußtsein nicht durch anderes in Anspruch genommen ist. Die Grundstimmung ist auch für den Aufbau des Traumes maßgebend; diesen Aufbau besorgt aber das Wachbewußtsein durch Ordnung der unzeitlich erschienenen Traumbilder nach Kausalität und Zeit; etwaige Lücken werden durch die Phantasie ausgefüllt.

An den Ausführungen des Verf. ist zunächst zu beanstanden, daß er den Begriff Traum wohl zu eng faßt. Die Beobachtung Schlafender, vor allem aber das Studium der hypnotischen Erscheinungen lehrt zur Genüge, daß auch im tiefen Schläfe kausal und zeitlich geordnete Bewußtseinsvorgänge vorhanden sind, an welche dem Erwachten jede Erinnerung fehlt, an deren Ordnung aber das Wachbewußtsein unmöglich beteiligt gewesen sein kann. Nach dem herrschenden Sprachgebrauch kann man auch solche Vorgänge nicht gut anderes als Träume bezeichnen.

Sodann dürfte der wesentliche Unterschied zwischen psychischen Vorgängen im Schläfe und im Wachzustande kaum darin liegen, daß wir wach nicht imstande sind, „simultan unzeitlich“ vorzustellen, d. h. mehrere Vorstellungen gleichzeitig zu haben. Die Lehre von den unterbewußten psychischen Vorgängen ist heute so gut fundiert, daß man an der Existenz solcher Vorgänge nicht mehr zweifeln kann; wir verfügen auch im Wachen außer über klar bewußte über eine ganze Menge gleichzeitig vorhandener mehr oder weniger unterbewußter Vorstellungen. Der wesentliche Unterschied zwischen der Art des Vorstellens im Wachzustande und im Schläfe liegt vielmehr in der im Schläfe vorhandenen Dissoziation der Vorstellungskomplexe.

Endlich muß auch die Behandlung des Raum- und Zeitbegriffes Bedenken erregen. Aus dem „Nebeneinander“ und „Nacheinander“ der Vorstellungen können sich diese Begriffe nicht entwickeln, sie sind ja schon die Voraussetzung davon.

Im übrigen sind die Ausführungen des Verf., besonders auch die geschilderten Versuche, recht interessant. Sicher ist der Anteil des Wachbewußtseins an dem Aufbau vieler Träume ein sehr großer; es handelt sich dabei häufig um eine richtige Konfabulation, um Erinnerungsfälschungen, und das ist für die diagnostische Bewertung der Träume nicht ohne Bedeutung. Auch was der Verf. von Wiedertäumen früherer Träume, vom Zustandekommen sog. Wahrträume und über eine gewisse Art von Träumen im „bewußten Halbschlummer“ sagt, kann ohne weiteres anerkannt werden.

Koschella (Stuttgart).

V. Vermischtes.

Der 4. Kongreß für experimentelle Psychologie findet am 19. bis 22. April 1910 zu Innsbruck statt.

Folgende Referate werden erstattet werden:

M. Geiger: Über das Wesen und die Bedeutung der Einfühlung.

A. Kreidl: Die Funktion des Vestibularapparates.

C. von Monakow: Aufbau und Lokalisation der Bewegungen beim Menschen.

P. Ranschburg: Ergebnisse der experimentellen Forschung auf dem Gebiete der Pathologie des Gedächtnisses.

Es wird gebeten, etwaige Anmeldungen oder Anfragen an den Vorsitzenden des Lokalkomitees, Herrn Prof. Dr. Fr. Hillebrand zu Innsbruck, zu richten.

Am 22. Dezember 1909 wurde unser langjähriger Mitarbeiter **Privatdozent Dr. Otto Kölpin** in Bonn auf der Reise nach Rostock bei einem Zusammenstoß zweier Eisenbahnzüge getötet. Mit ihm verliert die psychiatrische Wissenschaft einen tüchtigen Gelehrten, das Zentralblatt einen langjährigen treuen Mitarbeiter, dessen Andenken in Ehren gehalten wird.

Gaupp.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Zentralblatt für **Nervenheilkunde und Psychiatrie.**

33. Jahrgang. Zweites Januarheft 1910. Neue Folge 21. Bd.

I. Originalien.

Der depressive Wahnsinn.

Von **O. Rehm**, Leipzig-Dösen.

Bei der Bearbeitung eines sehr reichlichen Materials von Fällen aus dem manisch-depressiven Irresein bietet die Abgrenzung der genannten Psychose gegenüber einer Reihe von prinzipiell andersartigen Geisteskrankheiten bedeutende Schwierigkeiten. Das Krankheitsmaterial einer Klinik, die nicht imstande ist, eine genügende Reihe von Fällen chronischen Verlaufes auf die Dauer zu beherbergen, wird bei Untersuchungen, welche den Verlauf auf Jahre hinaus berücksichtigen müssen, für das Urteil sehr leicht gefährlich, ebenso wie das Anstaltsmaterial unverhältnismäßig stark den chronischen Verlauf und ungünstigen Ausgang der Krankheit vor Augen rückt. Diese Überlegungen drängen sich auf, sobald man der Differentialdiagnose des manisch-depressiven Irreseins die Aufmerksamkeit zuwendet, und ganz besonders bei der Untersuchung der Abgrenzungsmöglichkeit der genannten Psychose gegenüber den Psychosen des höheren Lebensalters.

Von den organischen kommen differentialdiagnostisch die senile Demenz und die arteriosklerotische Demenz in Betracht, von den funktionellen die Melancholie Kraepelin's und die Spätkatatonie. Gaupp hat in seiner Arbeit über „Die Depressionszustände des höheren Lebensalters“ eine ganze Reihe größerer und kleinerer Gruppen aufgestellt, leider aber sind seine wertvollen Resultate wegen des Fehlens von Krankheitsgeschichten nur in beschränktem Umfange verwertbar.

Bei meinen Untersuchungen, deren Resultat in kurzer Zeit ausführlich veröffentlicht werden soll, schälte sich aus der Reihe der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Fälle eine kleine Anzahl von Fällen heraus, die ich unter dem wohlbekannten Namen des depressiven Wahnsinns zusammenfassen möchte.

Die Bezeichnung „depressiver Wahnsinn“ wird meist gebraucht, um ein Zustandsbild in charakteristischen Worten auszudrücken. Als Zustandsbild findet sich der depressive Wahnsinn in einer sehr großen Reihe

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

von Psychosen, abgesehen von den oben genannten differentialdiagnostisch wichtigen Erkrankungsformen, auf welche ich später zurückkommen werde. Die progressive Paralyse zeitigt nihilistische Wahnideen; bei der Hirnsyphilis kann es zu depressivem Wahnsinn ausgeprägter Art kommen, wie ich zurzeit an einem Falle zu beobachten Gelegenheit habe, bei dem Verfolgungsideen sexueller Art in Begleitung einer sehr erheblichen motorischen Erregung in Erscheinung treten. Bekannt sind fernerhin die Zustände von depressivem Wahnsinn bei der Epilepsie, die in ihrer rohen und massiven Art oft die schweren Erregungen während der Dämmerzustände begleiten. Zu erwähnen sind außerdem die Angstzustände, vielfach hypochondrischer Art, welche bei Fällen von Dementia praecox im akuten Beginn vorkommen, und welche sich oft in den Verlauf der Psychose bei beginnenden Fällen einschieben. Bei den Fällen von Dementia praecox, in denen es im chronischen Verlaufe zur Demenz gekommen ist, werden ebenfalls Zustände, die manchmal periodisch wiederkehren, beobachtet, welche als depressiver Wahnsinn bezeichnet werden können, und bei denen Sinnestäuschungen, insbesondere Gehörstäuschungen, im Vordergrund stehen. Freilich ist hier der Affekt meist nicht mehr im richtigen Verhältnisse zu dem Inhalte der Sinnestäuschungen. Schließlich ist noch zu erwähnen, daß derartige Zustandsbilder bei chronischen Alkoholisten ganz vorübergehend vorkommen. Bei Delirium tremens sind sie in ausgeprägtem Maße vorhanden, ebenso bei den Fällen von Alkoholwahnsinn; allerdings weist in diesen Krankheitsbildern die Stimmung die bekannte eigentümliche Mischung von Depression mit humoristischen Zutaten auf.

Als Grundlage des Krankheitsbildes „depressiver Wahnsinn“ dienen mir eine Anzahl von Fällen, welche ich in der psychiatrischen Klinik in München und in der Heilanstalt Dösen zu beobachten Gelegenheit hatte, und deren Verlauf ich im Auge behielt. Von diesen möchte ich zwei im folgenden anführen.

Fall I. A. H., Buchbinderswitwe, geb. 1850.

Früher angeblich immer geistig gesund; hatte nach Angaben des Sohnes und der Patientin selbst früher keine wesentlichen körperlichen Krankheiten durchgemacht; zwei Kinder leben und sind gesund; sechs sind gestorben, eine Frühgeburt. Patientin war vor Jahren einmal im Krankenhause wegen eines Hautausschlages unbestimmter Art in Behandlung.

September 1908 kam Patientin im Krankenhause wegen „Reißen“ in Behandlung; sie hatte bis dahin ihr Brot durch „Handeln“ verdient; in letzter Zeit soll sie Schnaps getrunken haben; Patientin selbst bestreitet dies und behauptet, es seien Magentropfen gewesen. Schließlich vernachlässigte sie das Hauswesen, auch ihr Äußeres, sie glaubte sich von den Hausbewohnern verfolgt, hörte beschimpfende Stimmen, schlief schlecht, glaubte fälschlicherweise, daß sich in ihrem Bette Ungeziefer befinde.

In der Klinik wurde Patientin Oktober 1908 aufgenommen unter der Diagnose: Paranoia acuta (Alkoholika). Patientin gab dort an, der Hauswirt habe sie mit „Fluid“ übergossen, weil sie nach der Kündigung nicht ausgezogen sei. Sie klagte über Magenschmerzen, Schüttelfrost und Schwellung der Füße.

Körperlich fand sich mäßiges Ödem der unteren Extremitäten, Verbreiterung der Herzdämpfung nach links, Unreinheit des ersten Aortentons, Emphysem und Rigidität der fühlbaren Arterien.

Die Pupillen waren eng und reagierten bei Lichteinfall in geringer Breite. Die Stimmung war depressiv; Patientin erklärte, die Flecken, die durch das „Fluid“ entstanden seien, habe man gar nicht herauswaschen können, die Leute haben gedacht, sie trage sich so schmutzig. An den Fingerspitzen verspüre sie ein eigentümlich kribbelndes Gefühl. Kurze Zeit erschien die Stimmung euphorisch, dann trat wieder schwere Depression ein. Äußerte, die Tochter habe ihre Betten gestohlen. Sie drängte fort, hörte sich „Schwein“ nennen. Im Verlaufe der Krankheit, während dem sie Dezember 1908 nach der Anstalt überführt wurde, äußerte Patientin weiter, ihr Schwiegersohn habe sich heute das Bein gebrochen, der Platz dürfte gar nicht weit von hier gewesen sein; ihre Tochter habe sehr geweint; ihr Sohn spreche hierher, sie müsse nach Hause; die Tochter sei da und weine unten. Ihr Sohn sei erschlagen worden, er werde heute beerdigt; sie habe schon singen hören. Hörte weiterhin: „Heute Mittag werden wir dich holen.“ Legte sich auf den Boden und schrie nach unten; berichtete von Spektakel, ihre Tochter habe den Schutzleuten Finger abgebissen, sie beiße auf der Straße Leute, habe vielen die Finger abgebissen, gehe mit Messern auf die Leute los. Aus dem Leihhause sei ihr (Patientin) telephonisch berichtet worden, daß ihre Tochter ihre ganzen Sachen verkauft habe. Patientin kniete nieder, hielt die Hände zwischen Mund und Boden und sprach, als ob sie am Telephon wäre; lachte mitunter selbst mit, wenn sie andere darüber lachen hörte. Äußerte massenhaft Verfolgungsideen, sprach von Zerstücklung und Hinrichtung ihres Sohnes, hörte die Mörder sprechen, war dauernd in Erregung, dabei zeitlich und örtlich orientiert. Sprach lebhaft und war sehr schwer fixierbar. Sträubte sich bei der körperlichen Untersuchung, rechnete gut, verkannte den Arzt, war aber im übrigen relativ klar. Massenhafte Gehörstäuschungen. Hörte ihre Kinder unten weinen, sie seien ermordet worden, hörte ihren verstorbenen Mann rufen, dem seien beide Beine abgeschlagen worden, lief ans Fenster, um zu Hilfe zu kommen. Glaubte, sie werde verbrannt werden, das Haus brenne, vermeinte, Feuerschein wahrzunehmen. Saß oft steif, wie leblos da; es war meist schwer, von Patientin Antwort zu bekommen, da sie sofort in Schimpfereien überging und Vorwürfe äußerte, der Arzt habe die Kleider ihres Mannes an, er sei ein „Lumig“ usw. Katatonische Erscheinungen waren nicht zu beobachten. Ein Feuerschlauch sei vor dem Fenster angelegt, sie müsse jetzt hinabspringen; sie ließ sich von einem Versuche nur mit Mühe abhalten. Die Betten seien aus Amerika herübergeschwommen, ihre Tochter habe sie ihr weggenommen gehabt; ihre ganze Wohnungseinrichtung stehe oben (in einer oberen Etage). Sie schüttete öfters das Essen vom Teller gegen die Wand, aus der sie die Stimmen zu hören angab, und gegen welche sie immerfort hinsprach. Patientin saß meist vor Angst zitternd im Bette, glaubte, sie würde mit Nadeln von unten her gestochen und verlangte vielfach ins Bad, um vor dieser Tortur Ruhe zu bekommen. Sie befindet sich noch in Anstaltsbehandlung. Das Körpergewicht blieb bisher immer gleich, es

4*

war nur ganz unwesentlichen Schwankungen unterworfen; die Nahrungsaufnahme ist sehr gut. Der Gang ist unsicher; Patientin hält sich reinlich. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich-argwöhnisch; sie betrachtet die ganze Umgebung mit ängstlicher Besorgnis und beschimpft jedermann, der sich mit ihr beschäftigt oder sich mit ihr in ein Gespräch einläßt, sie wird dabei sehr laut und störend.

Fall II. E. G., Schneidersfrau, geb. März 1840.

Es ist keine erbliche Belastung nachweisbar. Die Menopause trat mit 45 Jahren ein. Aus der Ehe stammen zwei Kinder, die gesund sind, ferner eine Totgeburt; zwei Kinder starben kurze Zeit nach der Geburt. Mit 85 Jahren bekam Patientin Asthmaanfälle, welche sich bisher immer wiederholten. Bis April 1905 war Patientin angeblich ganz gesund. Sie lief damals nachts plötzlich weg, fürchtete, ihr Mann werde umgebracht, kniete im Zimmer hin, weinte, schrie. Kein Potus, keine Lues.

April. 1905 in der Klinik aufgenommen. Der Ernährungszustand war ein sehr dürrtiger. Der Gesichtsausdruck erschien „dement“. Die Hände zeigten grobschlägigen Tremor, der Gang war unsicher. Die Kranke saß zusammengekauert da, ließ Speichel aus dem Munde fließen; sie begründete dies damit, daß sie Würmer wegspucken müsse. Die örtliche Orientierung erschien mangelhaft; ihre Adresse und ihr Alter gab sie richtig an. Die geläufigsten Marktpreise wußte sie zu nennen, rechnete aber schlecht, „sie könne nicht denken“. „Jessas na, jetzt bring ich die Augen nimmer auf, die (Pflegerinnen) haben mir sicher Salz hineingetan ins Badewasser.“ Man habe ihr Gift gebracht, sie habe es aber nicht genommen; gestern sei sie in die orthopädische Anstalt (meint die Klinik) gebracht worden, da haben alle Mädchen im Saale gerufen: „die stinkt“. Das Verhalten war sehr wechselnd, stundenlang schrie Patientin in eine Ecke: „Herr Neumaier, Herr Neumaier“. Katatonisch regungslos, steife Haltung. Sprach oft in auffallend pathetischem Tone; behauptete, gestorben zu sein, sie sei aus dem Grabe hierher gebracht. Ein Vetter ihres Mannes habe von Petrus den Schlüssel bekommen, da er Korpsstudent sei; der werde sie in den Himmel einlassen. War dann über Zeit, Ort und Personen orientiert; die Stimmung war ängstlich erregt.

Mai wurde Patientin ruhiger, sie meinte, sie bekomme Chloroform, ihr Mann sei um sie herum; sie behauptete, der Arzt rieche nach frischem Kaffee. Die Lumbalpunktion ergab keine Vermehrung der Zellen und des Eiweißes. Eine periphere Arteriosklerose war nachweisbar. Das Befinden wurde Ende Mai sehr wechselnd; öfters war Patientin noch sehr ängstlich; es finde hier eine große Gerichtsverhandlung statt, es handle sich um sie und ihre Söhne. Nachts, wenn sie aufs Klosett gehe, werde ihr schnell ein Pflaster auf den Rücken geklebt. Sie war mißtrauisch und beobachtete ihre Umgebung mit argwöhnischem Interesse. Ihre Hände und Füße seien ganz klein; heute nacht müsse sie sterben. Der Schlaf war mangelhaft. Sie sei zur sozialdemokratischen Maikönigin gewählt worden, es könne schon mal eine Alte Maikönigin werden. Nach dem Besuche der Söhne äußerte Patientin, denen werde der Kopf abgeschnitten werden. Sie sprach viel vor sich hin, zeichnete Kreuze in die Luft zum Zeichen, daß sie sterben müsse. Im Juli trat etwas Einsicht auf; ihre absonderlichen Ideen erklärte sie als Träume. Bei der Entlassung war Patientin ganz einsichtig; sie sei während der ganzen Zeit ängstlich gewesen und habe schwere Träume gehabt. Sie habe die Vorgänge in ihrer Umgebung verkannt. Wirkliches Ver-

ständnis für ihre Krankheit war bei der Entlassung noch nicht vorhanden; Patientin war redselig und mehr heiter, doch bestand keine krankhaft gehobene Stimmung. Eine Diagnose konnte nicht gestellt werden.

Nach der Entlassung nahm Patientin an Gewicht sehr rasch zu; sie gab später an, noch hier und da ängstlich gewesen zu sein.

Patientin starb Oktober 1905; eine psychische Erkrankung bestand z. Z. des Todes nicht. Die Todesursache war nach Angabe des Ehemannes eine Herzlähmung.

Fasse ich die klinischen Symptome der beiden angeführten und einiger anderen gleichartigen Fälle zusammen, so ergibt sich folgendes Bild.

In der Zeit der Involution oder, präziser ausgedrückt, im Präsenium setzt die Erkrankung ein bei Individuen, die keine erbliche Belastung aufweisen und früher keine psychischen Erkrankungen durchgemacht haben. Es ist weder eine bestimmte Ursache noch ein auslösendes Moment auffindig zu machen. Der Beginn der Erkrankung erfolgt akut.

An körperlichen Erscheinungen bestehen Zeichen einer allgemeinen Arteriosklerose: Akzentuation des zweiten Aortentons und Sklerosierung der fühl- und sichtbaren Arterien. Der Urin enthält zeitweise Spuren von Eiweiß ohne Formbestandteile. Es handelt sich um abgemagerte, muskelschwache Individuen, welche einen unsicheren Gang und grobschlägiges Zittern der Hände aufweisen. Die Pupillen sind häufig sehr eng, so daß die Lichtreaktion nur in sehr geringen Breiten erfolgen kann, auch sind die Ränder derselben in manchen Fällen verzogen. Der Augenhintergrund ist normal. Chemische und zytologische Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit sind nicht nachweisbar. Die Reflexe und die Sensibilität sind ohne Störung. Das Körpergewicht weist im Verlaufe der Erkrankung keine wesentlichen Schwankungen auf; bei Genesung erfolgt ein rasches Emporschnellen der Gewichtskurve.

In psychischer Beziehung steht die depressive Stimmung im Vordergrund. Dieselbe hält gleichmäßig an, bis gegen die Genesung zu Schwankungen bis zur Euphorie auftreten. Die Stimmung erscheint abhängig von dem Grade der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Die Sinnestäuschungen beruhen auf Halluzinationen, hauptsächlich des Gehörs; Gesichtstäuschungen treten wenig hervor; Halluzinationen auf anderen Gebieten scheinen zu fehlen. Die Gehörstäuschungen sind ängstlicher, verfolgender Art; sie erreichen einen hohen Grad von Präzision und knüpfen sich aneinander als delirante Erlebnisse, bei denen eine Anzahl von Personen beteiligt ist, und ganze Gespräche derselben untereinander erfolgen. Gegen die Genesung hin können die Gehörstäuschungen vereinzelt „angenehmen“ Charakter tragen und zu Größenvorstellungen Anlaß geben, während sonst depressive Wahnideen, im Sinne des Ver-

nichtungs- und Kleinheitswahns, vorherrschen. Den deliranten Vorstellungen entspricht das wechselvolle motorische Verhalten. Agitation wechselt mit eigentümlich manirierten, katatonisch aussehenden Haltungsstereotypen, denen eigentliche katatonische Symptome, insbesondere der Negativismus, fehlen. Es ist hervorzuheben, daß keine einheitliche psychomotorische Störung besteht. Die sprachlichen Äußerungen entsprechen dem psychischen Empfinden; sie sind oft unzusammenhängend und erinnern so an Ideenflucht. Körperliche Sensationen treten zeitweise in den Vordergrund. Auffassung, Gedächtnis und Merkfähigkeit sind nicht gestört. Das Bewußtsein weist oft tiefgreifende Störungen auf, wozu die zeitliche und örtliche Orientierung im auffallenden Gegensatz steht. Zu erwähnen ist die häufig vorkommende wahnhafte Verkenennung der Umgebung, die jedoch mehr auf einer Unsicherheit beruht, und welche bei näherem Befragen nicht in dem Maße vorhanden ist, wie es nach den massenhaften Sinnestäuschungen scheinen möchte, sondern nur oberflächlich ist; ähnlich verhält es sich auch mit zeitweiliger Unsicherheit in der zeitlichen und örtlichen Orientierung. Ein besonderer Grad von Ermüdbarkeit ist nicht zu erkennen.

Die Zeit des Verlaufes ist verschieden; sie kann sich auf einige Monate bis zu einigen Jahren erstrecken.

Die Prognose ist nach den mir zur Verfügung stehenden Fällen unsicher; immerhin erscheint sie, was Genesung betrifft, nicht ungünstig, wenn nicht interkurrente Krankheiten das psychische Befinden ungünstig beeinflussen.

Wenn ich mich über die Frage der Ätiologie aussprechen soll, so möchte ich bemerken, daß wir hier sehr im Dunkel schweben. Weitaus am wahrscheinlichsten erscheint es mir, daß die Arteriosklerose für die Erkrankung von sehr großer, wenn nicht ausschlaggebender Bedeutung ist. Eine schon von Anderen erwähnte Schwierigkeit ist nur, daß objektive Symptome einer Gehirnarteriosklerose nicht vorhanden sind und daß das Bestehen einer Arteriosklerose der Aorta und der peripheren Gefäße eine solche noch nicht unbedingt beweist, wenn es uns auch wahrscheinlich dünken mag.

Mit Vorstehendem ist das Kapitel der Differentialdiagnose schon gestreift. Es ist bei weiterem Eingehen auf letztere vor allem die Spätkatatonie zu erwähnen. Nach meiner Überzeugung wird eine Anzahl von solchen Fällen in die Gruppe des depressiven Wahnsinns fallen. Die katatonischen Erscheinungen, auf welche früher die Kraepelin'sche Schule ein zweifellos zu großes Gewicht gelegt hat, sind nur in ihrer Gesamtheit beweisend für eine Dementia praecox bzw. Spätkatatonie. Bei meinen Untersuchungen über das manisch-depressive Irresein habe ich gefunden,

daß katatonische Erscheinungen dort recht häufig sind; freilich ist zuzugeben, daß über die „Echtheit“ katatonischer Erscheinungen in manchen Fällen zu streiten möglich ist. Solange uns objektive Hilfsmittel nicht zu Gebote stehen, stehen wir der subjektiven Anschauung der einzelnen Beobachter machtlos gegenüber. Zweifellos steht fest, daß der Negativismus das einzige differential-diagnostisch zuverlässige Moment darstellt; bei unserer Gruppe fehlt dasselbe durchweg. Das Moment der Prognose ist nicht heranzuziehen, da der Ausgang der als Dementia praecox diagnostizierten Fälle ebenfalls nicht feststeht, will man nicht, was klinisch verwerflich ist und zu einem Ruin der Diagnostik führen muß, alle Fälle mit Ausgang in Genesung einfach dem manisch-depressiven Irresein zuzählen.

Die senile Demenz kommt bei unseren Fällen differentialdiagnostisch nicht in Betracht, da Symptome des Schwachsinn mit Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen nicht vorhanden sind.

Das manisch-depressive Irresein ist ebenfalls auszuschließen. Es besteht bei unseren Fällen keine einheitliche psychomotorische Störung, auf welche ein sehr großes Gewicht in der Diagnose meines Erachtens zu legen ist. Von der Trias der Affekt-, Denk- und Willensstörung ist nur der erste Teil vorhanden, der zur Stützung der Diagnose nicht genügt.

Schließlich komme ich noch auf die Melancholie Kraepelin's zu sprechen, ein Kapitel, das recht viel umstritten, durch die Arbeit von G. Dreyfus¹⁾ mit einem Schlage geklärt zu sein schien. Wollen wir uns zunächst auf den Boden der Melancholie Kraepelin's stellen, so erinnern wir uns, daß Kraepelin²⁾ dem „depressiven Wahnsinn“ bei der Besprechung der Melancholie einige Zeilen gewidmet hat. Die Beschreibung, die in großen Zügen gegeben ist, paßt im großen ganzen auf unsere Fälle; ein bedeutender Unterschied besteht aber nach meiner Ansicht darin, daß bei den von mir behandelten Fällen die Sinnestäuschungen das Feld vollkommen beherrschen, während dort die Wahnideen als weitaus vorwiegend angesehen werden. Fernerhin ist von Kraepelin die Möglichkeit des Zusammenhanges der Psychose mit einer Gehirnarteriosklerose nicht in Betracht gezogen, ein Punkt, der mir bei meinen Fällen von ganz besonderer Wichtigkeit zu sein scheint. Demnach würde eine Unterbringung meiner Fälle in dem Rahmen der Melancholie dem besonderen klinischen Charakter derselben nicht entsprechen. Die günstigere Prognose meiner Fälle möchte ich hier nur nebenbei erwähnen, obwohl dieselbe differentialdiagnostisch von Bedeutung zu sein scheint.

Nach Dreyfus bleibt von der Melancholie nur ein sehr kleiner Teil

¹⁾ Die Melancholie. Jena 1907.

²⁾ Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig 1904.

von Fällen übrig, die mit Arteriosklerose kombiniert sind und eine ungünstige Prognose haben. Gehören nun unsere Fälle zu dieser Gruppe?

Das Bestehen einer Arteriosklerose, wahrscheinlich auch des Gehirnes, würde dafür sprechen; aber wie ich glaube, ist die sonstige klinische Erscheinungsweise eine derart verschiedene (Halluzinationen!), daß man davon besser absehen dürfte; außerdem scheint mir auch die relativ günstige Prognose meiner Fälle als Grund gegen eine solche Kombination — eine Kombination ist immer etwas Mißliches — anzuführen zu sein. Denn die Fälle von Dreyfus, bei denen die Kombination vorhanden war, waren gerade die wenigen prognostisch ungünstigen, die von dem ganzen reichlichen Melancholiematerial übrig geblieben sind.

Zweifellos aber erscheint es mir, daß die Melancholie nicht einfach aus der Systematik der Psychosen gestrichen werden kann. Die Erfahrung an chronischen Psychosen zeigt, daß es eine Gruppe von Fällen gibt — es sind durchaus nicht wenige —, die eine schwere allgemeine Arteriosklerose mit Depression vorstellen. Die depressive Stimmung ist kombiniert mit Versündigungsideen, mit Wahnvorstellungen, die Angst vor der Zukunft in sich bergen, ferner mit hypochondrischen Wahnideen bei wenig ausgeprägten, mehr illusionären Sinnestäuschungen. Der Beginn ist ein schleichender; der Ausgang stellt eine schwere Demenz in der Form der Gehirnarteriosklerose mit ihren verschiedenartigen organischen Erscheinungen dar, ist also ein durchaus ungünstiger. Von einer einheitlichen psychomotorischen Störung ist bei diesen Fällen nicht die Rede. Von Wichtigkeit erscheint noch das Symptom der erhöhten Ermüdbarkeit und das ausgeprägte egozentrische Verhalten dieser Kranken. Vielleicht wird es mir möglich sein, in einiger Zeit über diese „Melancholie“ näheres zu berichten.

Ich glaube überhaupt, daß man verpflichtet ist, bei Bestehen körperlicher Störungen, die das Gehirn, auch nur möglicherweise, in Mitleidenchaft ziehen, nach Möglichkeit die psychischen Veränderungen auf erstere zurückzuführen. Die fortschreitende Erkenntnis kleinster Veränderungen im Gehirn dürfte uns immer mehr Anhaltspunkte verschaffen. Sozusagen als Notbehelf dürfen wir bei rein psychischen Krankheitsäußerungen eine Gruppierung nach den dem subjektiven Ermessen so reichlich Spielraum lassenden psychischen Symptomen vornehmen, um den praktischen Aufgaben unserer Wissenschaft gerecht werden zu können. Es kommt dabei noch in Betracht, daß die psychischen Äußerungen in ungleich höherem Maße Resultat der Entwicklung und geistigen Inanspruchnahme sind, als die körperlichen, und darum individuelle Nuancen aufweisen, die die körperliche Konstitution nach unserer Erkenntnis in solchem Maße nicht in sich birgt.

Nach dem Gesagten erscheint es berechtigt, Fälle, wie ich sie angeführt habe, aus der großen Masse der Melancholie und der Depressionszustände des höheren Lebensalters herauszunehmen und ein spezifisches Krankheitsbild aufzustellen, als das sich der Verlauf und die Symptomatik charakterisiert. Als besonderen Vorteil möchte ich ansehen, daß durch solche klinische „Kleinarbeit“ das Studium solcher und ähnlicher Fälle angeregt wird, was vor allem der Klärung des Verhältnisses der Altersdepressionen zur Gehirnarteriosklerose zum Nutzen gereichen wird.

Zum Schlusse möchte ich noch kurz die Hübner'sche Ansicht¹⁾ erwähnen, daß der depressive Wahnsinn im Sinne Kraepelin's der Melancholie zuzuzählen sei, eine Ansicht, der ich, wie oben erwähnt, nur in beschränktem Maße zustimmen kann. Thalbitzer²⁾ nähert sich in seinen Anschauungen über den depressiven Wahnsinn den meinigen: „Im depressiven Wahnsinn wird die Wahnvorstellung eine weit größere Rolle spielen und namentlich eine größere Konstanz haben; und die Verstimmung wird den Eindruck machen, daß sie zu der Wahnvorstellung in einem Abhängigkeitsverhältnis steht Dies erscheint mir als Kriterium von entscheidender Bedeutung und ein Vorbote der anfangenden Demenz.“ Weiterhin hebt Thalbitzer die Wichtigkeit der Halluzinationen beim depressiven Wahnsinn hervor, womit er zweifellos Recht hat. Der Ansicht über die beginnende Demenz kann ich allerdings nicht zustimmen, da sich bei keinem meiner Fälle eine solche bisher eingestellt hat. Gaupp³⁾ hat in seiner Arbeit über die Depressionszustände des höheren Lebensalters eine Anzahl von Krankheitsgruppen unterschieden; unsere Fälle ordnen sich in keine dieser Gruppen ein, sie müßten wohl zu seinen „atypischen Depressionszuständen“ gerechnet werden.

¹⁾ Klinische Studien über die Melancholie. Arch. f. Psych., Bd. XLIII, S. 505.

²⁾ Melancholie und Depression. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXII, S. 775.

³⁾ Münchner med. Wochenschr., 1905, S. 1531.

(Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie in Zürich.)

Psychanalyse bei einer melancholischen Depression.

Von Dr. A. Maeder, I. Assistenzarzt.

G. L., von St., Landwirt, 42 Jahre alt. Er kommt in die Poliklinik, um hypnotisiert zu werden. Er ist seit beinahe einem Jahre traurig verstimmt, den ganzen Tag jammert er über den Verlust seiner Kraft und Energie, seine Glieder seien wie schlaff, der ganze Körper sei ermüdet, er könne sein Gut nicht mehr betreiben, es sei zu viel für ihn, er sei krank, werde noch vollständig geisteskrank. Eine furchtbare Beklemmung fühle er in der Brust, wie einen Stein im Herzen. Das Stillbleiben sei ihm unmöglich, er müsse fortwährend hin und her, um nirgendwo Ruhe zu finden; er geht zur Arbeit, kommt aber gleich wieder. Der Schlaf ist gegen Morgen sehr schlecht, von lebhaften Träumen unterbrochen, der Appetit sei wechselnd, zeitweise schlecht, zeitweise eher gesteigert. So eine Geschichte habe noch keiner erlebt, wie gerade jetzt er. Er habe sein Haus verkauft, nach kurzer Zeit teurer wieder gekauft, jetzt wolle er wieder verkaufen, das sei eine unerhörte Blamage. Er sei ein ganz unwürdiger Familienvater, er könne nicht einmal für die Seinigen sorgen. Er weiß, daß seine finanzielle Lage nicht schlecht ist, daß der Verlust beim Wiederkauf nicht bedeutend ist, er könne sich trotzdem nicht beruhigen. Es habe wahrscheinlich keinen großen Zweck, in die Poliklinik zu kommen, man könne sowieso nichts machen; um alles getan zu haben, habe er sich doch entschlossen, das Letzte zu versuchen.

Pat. macht diese Erzählung langsam, unterbricht sich viel und seufzt; die ganze Haltung, das Gesicht drückt die Depression sehr deutlich aus, aber nicht in einer hysterisch ostentativen Art. Das Veraguth'sche Zeichen (der Depression) am Oberlid ist sehr ausgeprägt. Die rohe Kraft scheint nicht sehr herabgesetzt zu sein; die Energie zur Arbeit, der rein zentrale Impuls fehlen.

Diagnose: melancholische Depression (wahrscheinlich beim manisch-depressiven Irresein).

Ursache: unbekannt.

Belastung: Schwermut, in der Familie mütterlicherseits zwei Onkel interniert, der eine im gleichen Alter wie Pat. erkrankt¹⁾, die Mutter selbst war auch leicht deprimiert.

Da Pat. ziemlich intelligent aussieht, gute Auskunft gibt, wird die Psychanalyse versucht.

Das Material läßt sich folgendermaßen zusammenstellen:

Pat. hatte zwölf Geschwister, welche alle relativ gesund sind, höchstens einige etwas nervös. Der Vater war streng, energisch, aber gerecht, die Mutter sehr tüchtig, aber etwas scharf, in der Erziehung sehr streng. Der älteste Bruder war ein furchtbarer Tyrann, er ließ alle andern Brüder in Ruhe, neckte und plagte aber dafür den Pat. beständig, strafte ihn, behandelte ihn vor seinen Schulkameraden schlecht, prügelte ihn, schickte ihn ohne Essen ins Bett für Nichtigkeiten. Pat. wurde ängstlich, unentschlossen, litt sehr viel darunter, da er ziemlich empfindlich war; er war schreckhaft, wenig couragiert. In der Schule kam er gut vorwärts, spielte mit den Kameraden, „machte die Lumpereien“ mit. „Die Mädchen verachteten mich, ich hatte nie eine Zuneigung für eine.“ In der Nacht war er unruhig, erwachte häufig unter dem Eindruck von Angstträumen, z. B.: der Vater eines Schulfreundes verfolgt seinen Sohn mit einem großen Säbel, versucht ihn zu erstechen, der Knabe läuft nach dem See zu. Pat. ist Zuschauer, jammert, hat Angst, der Junge werde ins Wasser springen und ertrinken. — Es kam manchmal vor, daß er in der Nacht aufsteht, ein paar Schritte macht, wie geistesabwesend, erwacht dann mit einem Weinkampf und weiß nichts davon.

Pat. blieb nach der Pubertät etwas schwächlich. Er wurde nicht Soldat wegen einer Struma. Im Dorf nimmt er Anteil am öffentlichen Leben, verkehrt mit einigen guten Bekannten. Mit 20 Jahren merkte er, daß es ihm leichter ist, einen guten, gemütlichen Rapport mit Männern, als mit Frauen zu haben, er kann mit ihnen liebenswürdiger sein, empfindet zu ihnen mehr Zuneigung. Es ist ihm zu jener Zeit bewußt gewesen, er erzählte es sogar seiner Schwester. Im Gesangsverein war er beliebt, einmal sagte ihm eine ältere Frau, er hätte ein gutes Frauenzimmer gegeben, die Welt habe an ihm eine tüchtige Frau verloren. Mit 24 Jahren entschließt er sich, „wie die anderen“ zu heiraten; während der Verlobung tauchen ihm Zweifel über seine Heiratsfähigkeit auf; er tut es doch. Unser Kranker lebt in glücklicher Ehe bis jetzt, wie er sich in der ersten Sitzung ausdrückte. Sein erstes Kind, an dem er besonders stark hing, starb mit elf Jahren an einem Hirntumor, was für G. L. ein schwerer Schlag war.

Pat. lebte viele Jahre in der Familie der Schwiegereltern. Der Schwiegervater war ein heftiger, tyrannischer Mann, welcher trotz dem hohen Alter und trotzdem er sein Gut dem Schwiegersohn pro forma abgetreten, alles in der Hand hatte und dirigierte, bis zu seiner In-

¹⁾ Die Mutter des einen Onkels soll auch schwermütig geworden sein, allerdings im vorgerückten Alter.

ternierung Ende 1906 (Senilität 82 J.). G. L. wurde erst dann selbständig. Es kommt ihm schwer vor, die ganze Last des landwirtschaftlichen Betriebes zu tragen, trotzdem er körperlich gesund und kräftig ist und die Hauptarbeit bis jetzt allein gemacht hatte, er ist wenig daran gewöhnt, zu kommandieren, er hat bis dahin nur gehorcht. Er verliert leicht den Mut, fürchtet unfähig zu sein, er grübelt, hat Angst, geisteskrank wie der Alte zu werden. Seine finanzielle Lage ist gut. Die Familie (Frau und drei Kinder) gesund. Er hat kein Pech, weder mit der Ernte, noch mit dem Vieh. Vor ca. 1½ Jahren (also im 40. Jahre) fängt er an, traurig verstimmt zu werden, er jammert über seine verlorene Kraft, er fühlt sich unfähig, das Gut zu betreiben, er geht ängstlich herum, nimmt körperlich ab, schläft schlecht, sieht schlecht aus. Er entschließt sich, ohne guten Grund das Gut, das er von den Schwiegereltern geerbt hatte, mit dem Wohnhaus zu verkaufen, ohne einen bestimmten Plan für die Zukunft zu haben (Frühling 1908), nur aus Insuffizienzgefühl. Er sucht sich eine neue Wohnung; zu der Zeit, wo er das alte Haus verlassen muß, in welchem er über ein Jahrzehnt gelebt hatte, wird der Zustand schlimmer; er ist über den Verkauf tief unglücklich, meint, es sei eine Dummheit gewesen; er kauft das alte Wohnhaus mit einem kleinen Verlust zurück; das Land kann er nicht wieder haben, aber passendes daneben, etwas größer, aber sehr gut. Die Ruhe hat er trotzdem nicht gefunden. Er fängt das gleiche Jammern wieder an, er kann nicht bei der Arbeit bleiben, geht aufgeregt hin und her, bekommt Beziehungsideen auf die Nachbarn, sobald sie lachen über irgendeine Kleinigkeit; er ärgert sich furchtbar, aber im stillen; wird sehr reizbar, ist zu Hause unzufrieden, will keinen Lärm hören, kann nicht dulden, daß die Kinder etwas laut sprechen oder spielen. Er jammert so, daß er die ganze Familie ansteckt, alles weint. Er möchte wieder verkaufen, er habe einen starken Verlust erlitten, er werde sich ruinieren; die Scheune sei zu klein; er habe keine Energie, sei ein unwürdiger Familienvater, der nicht einmal für seine Familie sorgen könne. Es sei eine unerhörte Blamage, die Geschichte mit dem Kauf, es sei noch niemandem im ganzen Kanton so passiert wie ihm, er sei ganz krank, werde verrückt. Er sprach einmal von „in den See springen“, machte einige Selbstmordversuche, zerriß in der Aufregung ein paar Taschentücher. Zweimal wollte man ihn internieren; der Irrenarzt Dr. B., zu dem er zweimal im Laufe des Winters 1908—1909 zur Konsultation ging, empfahl die sofortige Internierung des Geisteskranken, wozu weder er noch die Familie sich entschließen konnten. Gegen den Frühling 1909 wurde er motorisch etwas ruhiger, dafür trat eine furchtbare Beklemmung in der Brust (siehe oben den Status bei

der ersten poliklinischen Untersuchung) ein, er wälzte sich aber noch manchmal auf dem Boden, jammerte den ganzen Tag immer das gleiche: „Was ist denn mit mir, ich habe doch nichts angestellt, nichts verbrochen?“

Ich möchte kurz unterbrechend die Bemerkung einschalten, daß diese Anamnese von ihm nur bruchstückweise mit vielen Hemmungen in zwei Sitzungen aufgenommen wurde und durch die Angaben der Ehefrau bestätigt wird; Pat. selbst hatte keine Ahnung eines Zusammenhangs der Krankheit mit dem Tode des Schwiegervaters, z. B. er behauptet immer, die Sache sei ohne Ursache, von sich ausgebrochen. Der Verlust (durch den Wiederankauf) beträgt nur (wie ich indirekt erfahren konnte) 800 Fr., seine materielle Lage wird dadurch nicht im geringsten erschüttert, er weiß, daß er das ertragen kann, jammert doch gleich darüber. Mit der Frau will er gut leben, die Kinder seien recht.

Hier mußte die Analyse einsetzen. Ich fing mit dem Assoziationsexperiment an.

Das wahrscheinliche Mittel der Reaktionszeit ist sehr hoch und beträgt 18 Fünftelsekunden, also zweimal den gewöhnlichen Durchschnitt (nach Jung); das ist ein Ausdruck der Hemmung und der Depression, welche selbst noch durch die zahlreichen Seufzer (bei 20 Reaktionen unter 50 Reizworten) charakterisiert ist. Interessant ist weiter, daß die Seufzer immer bei gefühlsbetonten oder nach kritischen Reaktionen auftreten, bei den Reizworten: lang, zahlen und Geld, freundlich, böse, krank, stolz, sündigen, verachten, dumm.

Die Reproduktionsfehler sind bei den Reizworten: freundlich, See, Mitleid und teuer. Bei 24 Reizworten sind lange Reaktionszeiten (über 18,5 Sekunden) aufgetreten.

Die meisten Assoziationen beziehen sich auf die jetzige Krankheit und auf die Geldaffäre, welche als ein Symptom derselben zu betrachten ist, dazu gehören folgende: Kopf¹⁾ (die Geisteskrankheit), Tod (das Leben ist ihm verleidet, Suizidgedanken), zahlen und Geld (das verkaufte Haus und das Land), Mitleid (für den Kranken, Mitleid mit sich selbst), sterben und See (Selbstmord, „in den See springen“), krank, schwimmen (See, Selbstmord), verachten (Beziehungsideen, die unerhörte Blamage des Wiederkaufes), teuer (der Verlust beim Kauf), ungerecht (die Krankheit will er nicht verdient haben, er sei unschuldig usw.).

Einige Reaktionen sind spezielle Ich-Beziehungen, wie sie bei Melancholikern leicht vorkommen: bei singen (eines seiner Hauptvergnügen), freundlich und böse (er war freundlich, kann es nicht mehr sein, er ist

¹⁾ Zwischen Klammern ist der Inhalt der Assoziation mit oder ohne Analyse angegeben.

reizbar geworden und schimpft viel zu Hause, was früher nicht so der Fall war und ihm peinlich ist) und stolz; die letzten zwei Assoziationen geben ihm zu Selbstvorwürfen Veranlassung.

Eine Gruppe von Assoziationen lassen sich auf den sogenannten sexuellen Komplex zurückführen: Sitte, Stengel und sündigen, welche alle als Folgen der Onanie von ihm zugegeben werden. Drei beziehen sich speziell auf die Ehefrau: Fingerring, kochen und dumm (sie ist dumm, er im Gegenteil sehr intelligent, er hat viele Interessen). Dieser Komplex, welcher uns von der direkten Untersuchung des Patienten nicht bekannt war — im Gegensatz zum Komplex der Krankheit und des Geldes, welcher in den Assoziationen auch sehr scharf zum Ausdruck kommt — gibt uns eine Andeutung, nach welcher Richtung die Untersuchung geführt werden will. Die Angaben des Mannes, daß die Ehe glücklich sei, wird vermutlich nicht ganz stimmen, das führt uns zu einer Revision der ursprünglichen Angaben¹⁾. (Bekanntlich kann man sich nie auf die Angaben über das eheliche Glück verlassen, wenn man nicht sehr tief und eingehend gefragt und nachdem man das Vertrauen der Pat. wirklich gewonnen hat.)

Pat., der erst 42 Jahre alt ist, lebt mit seiner Frau, wie er endlich zugibt, seit einigen Jahren wie „ein Bruder mit seiner Schwester“; er hat kein Bedürfnis nach geschlechtlichem Verkehr; er ist mit ihr impotent; schon vor vielen Jahren mußte er sich vorher reizen, wenn er den Geschlechtsakt vollziehen wollte; er war von Anfang an ziemlich frigid. Seit längerer Zeit onaniert er, was ihm ein größerer Genuß ist, als der Beischlaf. Diese auffallende Tatsache gab für die weitere Untersuchung einen wichtigen Fingerzeig; Pat. hatte nämlich schon in der ersten Sitzung von schreckhaften Träumen gesprochen, namentlich von einem Traum, in welchem ein Stier mit langen Hörnern ihn im ganzen Hause, durch die Eingangstüre, durch die Treppe verfolgt und ihn erstechen will. Träume, welche den Charakter der Symbolik, welche die Frauen anwenden, tragen. Handelt es sich um eine starke homosexuelle Tendenz? Eine ganze Reihe von Träumen bestätigen die Vermutung.

Bei dieser Stelle war es möglich, nach vielen Sperrungen und großem Widerstand die anamnestischen Daten, welche oben schon mitgeteilt wurden, aus ihm herauszuziehen. Pat. fühlte sich nie zu Mädchen angezogen, er hatte von jeher besseren Rapport mit Männern, er wollte nicht heiraten, in der Angst, er könne eine Frau nicht glücklich machen. Daß er an

¹⁾ Der bis jetzt trotz eingehender Anamnese unentdeckte Komplex unterliegt also ganz besonders der Verdrängung, er wird uns speziell interessieren und wahrscheinlich wichtigen Aufschluß liefern.

sich etwas Weibliches hatte, haben wir schon gesehen an dem Ausspruch der alten Dame: „An Ihnen hat die Frauenwelt etwas verloren.“ Die Frau erzählt, wie er gern gekocht hat, immer Bescheid wußte, wenn sie selbst in Verlegenheit war, was sie in der Haushaltung anordnen sollte, wie er früher die Kinder gern besorgte. Schließlich gab er zu, daß in den Pollutionsträumen Männer viel häufiger als Weiber auftreten. Nachdem dieses schwere Bekenntnis heraus war, konnte der Pat. freier über seine Frau sprechen, er fing an, alle ihre Untugenden zu erzählen (allerdings immer im anständigsten Tone), sie sei „schlamp, habe keine rechte Energie und Ordnung, kein Interesse für nichts.“ Pat. hat einen gewissen Drang nach Bildung, welcher bei Bauern selten ist; er macht einen sehr guten Eindruck, hält sich sehr gut. Wenn er sie essen sieht mit ihrer „Nonchalance“, kann er sich furchtbar ärgern, sagt aber meistens nichts, „er verschluckt es“, wie wir sagen (bewußte Verdrängung).

Direkt homosexuellen Umgang will er nicht gehabt haben; wir können ihm Glauben schenken.

Das mitgeteilte Material wurde im Laufe von vier Sitzungen herausgebracht (einiges Nebensächliche lasse ich beiseite) mit einer sichtlichen, zunehmenden Erleichterung. Die innere Beklemmung verschwand spurlos, das Jammern wurde seltener, er ging wieder seiner Arbeit nach und war imstande, daran zu bleiben, ohne immer fortzulaufen. Das Gesicht und das ganze Verhalten war derart geändert, daß es der Umgebung sehr auffiel. Die Frau konnte sich die Wirkung einer solchen Behandlung nicht erklären, sie war erstaunt, daß der Mann keine Arznei eingenommen hatte, auch nicht irgendwie behandelt worden sei, sie vermutete, man habe „mit irgendwelchen Strahlen gezaubert“. Der Pat. hatte ihr nämlich erzählt, daß der Arzt mit ihm im Laboratorium spreche, wo allerhand Apparate und Gehirnpräparate sich befinden. Die Nachbarn fragten alle erstaunt, was mit ihm vorgegangen sei, daß er so gut aussehe.

Nach 3½ Wochen kam der Pat. noch einmal, er befand sich seit dem Vorabend in einer gewissen Angst und Unruhe, nachdem er zwei Kühe gekauft hatte. Er ging aber beruhigt wieder nach Hause. Seitdem geht es ihm gut, er ist wieder voll arbeitsfähig.

Er wird entlassen mit dem Rat, sich einen Freund in der Umgebung zu suchen, mit dem er seine Gedanken und Beobachtungen tauschen, dem er dieses und jenes anvertrauen kann. Man zeigt ihm zugleich, wie seine Vorwürfe gegen die Frau zu scharf, zum Teil ungerecht sind, aus welcher Quelle sie stammen (seine homosexuelle Tendenz)¹⁾.

¹⁾ Die Analyse fand im Mai 1909 statt. Am 24. Oktober erhalte ich einen Brief vom Pat., aus dem ich folgende Stellen hervorheben möchte:

Epikrise.

In der Familie von G. L. ist ein Hang zur Schwermut vorhanden (vier Mitglieder auf Seite der Mutter). Pat. unterliegt dem herrscherischen Einfluß des Vaters, des Bruders, der ihn speziell tyrannisiert, später des Schwiegervaters. In ihm ist trotz seiner guten Intelligenz der beim normalen Manne vorhandene Trieb, selbständig zu werden, nicht erwacht. Im Gegenteil, nach dem Tode des Schwiegervaters fühlt sich Pat., der schon 39 $\frac{1}{2}$ Jahre ist, sehr unglücklich und insuffizient. Er hat Angst, zu befehlen und zu dirigieren, er fürchtet, geisteskrank zu werden, wie der Alte.

In der Kindheit weisen die Träume durch ihre eigenartige Symbolik auf eine homosexuelle Tendenz, welche immer deutlicher zum Ausdruck kommen wird. Sein Benehmen fällt durch das „Feminine“ auf (der Ausdruck der alten Dame); Pat. merkt selbst in seinem 20. Jahr, wie es ihm schwer ist, sich mit Mädchen zu befreunden; er habe einen besseren gemütlichen Rapport mit jungen Männern, als mit Frauen. Er erhebt Bedenken gegen die Heirat — allerdings ohne daß das Problem der homosexuellen Liebe ihm klar sei, nicht im geringsten. Vor 20 Jahren, speziell auf dem Lande, war die Frage nicht so populär wie jetzt. — Schließlich heiratet er, „wie die anderen auch“. Von Anfang an ist ihm der sexuelle Verkehr nicht sehr gefühlsbetont. Kleine Details zeigen immer noch eine bestehende homosexuelle Tendenz; er liebt ganz besonders den ersten Knaben, besorgt gern die Kinder, kocht gern, weiß in der Haushaltung immer Bescheid, unterstützt die Frau mit Rat und Tat.

Allmählich erlischt das Bedürfnis nach geschlechtlichem Verkehr, er wird impotent, muß sich vorher selbst reizen, um leistungsfähig zu sein. Dafür wird ihm die Onanie eine neue Lustquelle. — In den Pollutionsträumen ist der Inhalt deutlich homosexuell; die gewöhnlichen Träume sind symbolische Darstellung von homosexuellen Wunschphantasien. — Trotz alledem ist ihm sein Verhalten in der Jugend zuerst nicht

Im allgemeinen betrachte ich meine seelische Revolution als beendet, etwa Verstimmungen haben schließlich noch viele Menschen. Was meinen gegenwärtigen Zustand anbetrifft, so kann ich Ihnen mitteilen, daß es mir besser geht, es kommt so nach und nach wieder ins alte Geleise, habe zwar hie und da schwere Tage, besonders heute leide stark an Kopfschmerzen, was dann die Schwermut wieder in Mitleidenschaft gezogen hat. Ich betrachte es als eine Frechheit von mir, wenn ich mir erlaube, Sie zu einem Besuch zu mir einzuladen (aufs Land), wenn es Ihnen möglich wäre, ich würde mich darob sehr freuen. Indem ich Sie in dankbarer Erinnerung bewahre, werde ich mich Ihnen gern einem weiteren Interesse unterstellen und schulde Ihnen viel Dank usw.

Der Ton ist nicht mehr der eines schweren Melancholikers.

erinnerlich. Mit dem Tod des innig geliebten Sohnes und später des Schwiegervaters ist ihm jedes Sexualobjekt (im weiten Sinne Freud's) entzogen.

Die Libido, welche von dem Bewußtsein verschwunden ist (Impotenz, Gleichgültigkeit der Frau gegenüber), steckt im Unbewußten, in der Verdrängung; sie äußert sich durch die Angstträume mit homosexuellen Phantasien, tagsüber durch die Angst und Beklemmung aus (Freud, Steckel).

Mit der Potenz hat Pat. auch die Lebenskraft und -lust verloren. Er fühlt sich unzulänglich, unfähig. Nach der Kaufangelegenheit taucht die Idee des Verlustes auf. Er jammert beständig über diesen Verlust, der an sich ganz unbedeutend ist (ein paar hundert Franken, was er leicht ertragen kann). Er weiß es und sagt es selbst; er kann trotzdem die Idee nicht los werden. Diesen Widerspruch zwischen der Intensität des Affektes und dessen Inhalt können wir uns erklären. Es handelt sich nicht um einen Geldverlust, sondern um den größeren Verlust der Potenz. (Dieser Mechanismus der Verschiebung des Affektes auf eine nebensächliche Vorstellung wurde von Freud eingehend geschildert in seiner Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre, I. Reihe.) Der Affekt wird dann adäquat.

Pat. hat übrigens eine dunkle Ahnung, daß er nicht wie die anderen ist. „Nur mir ist so etwas passiert im ganzen Kanton.“ So etwas kommt sonst nicht vor, sagt er beständig.

Dank seiner eigenartigen sexuellen Orientierung war es dem Pat. leicht, auf den Arzt zu übertragen. Er faßte leicht Vertrauen. Innerhalb vier Sitzungen besserte er sich so sehr, daß er von der poliklinischen Behandlung entlassen werden konnte. Er war über den Zusammenhang der krankhaften Erscheinungen aufgeklärt. Er sah ein, daß sein Haß gegen die Frau (anfangs sehr verdeckt, man erinnere sich an das Assoziationsexperiment, dann geradezu hervortretend nach Ausfindung der homosexuellen Komponente) zum guten Teil unberechtigt, durch seine eigene Tendenz bedingt sei. Da ein ziemlicher Unterschied in dem geistigen Niveau mit seiner Frau besteht, wie ich mich selbst überzeugen konnte, wurde ihm angeraten, sich wowöglich an einen Bekannten näher anzuschließen, um mit ihm Gedanken auszutauschen und sich etwas zu unterhalten. Ferner sollte er sich der „res publica“ in seinem Dorf wie früher annehmen; er genießt einen sehr guten Ruf und ist beliebt, so daß es ihm leicht vorkommen würde (sog. Sublimierung).

Nach Berücksichtigung des ganzen Krankheitsbildes glaube ich die klinische Diagnose melancholischer Depression stellen zu können.

Laut Anamnese (siehe oben) ist die Krankheit ohne individuelle Ursache entstanden, bei einer gleichartigen erblichen Belastung mütterlicherseits. Nach psychoanalytischer Behandlung können wir von einer Psychogenität der Depression sprechen. — Über den näheren Mechanismus hegen wir die Vermutung, daß die homosexuelle Tendenz des Pat. die Psychose unter dem Einfluß der Verdrängung bedingt hat. Die gewählte Bahn hängt wahrscheinlich zum Teil von der Heredität ab¹⁾.

II. Vereinsbericht.

XL. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heilbronn und Weinsberg am 6. und 7. November 1909.

Hoche (Freiburg): Die Melancholiefrage.

Die Formulierung des Themas ist schon eine Art von Programm. Es handelt sich nicht um irgendeine Frage aus dem Gebiete der Melancholie, sondern um die Existenzfrage der Melancholie selbst. Es kann sich heute nur um einige Hauptpunkte, nicht um eine systematische Darstellung handeln. Gemeint war bei der Formulierung des heutigen Themas das Verhältnis der Involutionmelancholie zum manisch-depressiven Irresein. Der früher lange Zeit bestehende Melancholiebegriff ist zuerst eigentlich durch Kraepelin erschüttert worden nach verschiedenen Richtungen (Absonderung der Melancholia attonita, Abtrennung der Angstmelancholie, Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins, Erkenntnis der Mischzustände). Auf diesem Wege lag die Umprägung des alten Begriffes der Periodizität, indem man nicht mehr eine in das Leben einschneidende Periodizität verlangte, sondern das wesentlichste für die Diagnose des manisch-depressiven Irreseins in besonderen psychologischen Zügen des Krankheitsbildes sah. Für Kraepelin war bis vor kurzem der letzte stehengebliebene sichere Rest der Melancholie die Involutionmelancholie, die allerdings schon dadurch für ihn eine besondere Färbung erhalten hatte, daß bei ihr auch Verfolgungsideen als vorkommend anerkannt wurden. Trotz vielfachen Widerspruchs waren die Kraepelin'schen Lehren bisher literarisch siegreich gewesen. Eine noch weitere Ausdehnung des Begriffes des manisch-depressiven Irreseins immer unter der Voraussetzung, daß dieses eine klinische Einheit sei, ist dann von Specht versucht worden, der jetzt auch gewisse Formen der Paranoia, speziell den Querulantenwahn, im manisch-depressiven Irresein aufgehen lassen will. Das Endergebnis ist ein Zustand, bei dem ein heute auferstehender älterer Psychiater überhaupt kaum mehr die Fragestellung begreifen würde. Das allerneueste des Auflösungsprozesses der Melancholie ist nun das Schwinden

¹⁾ Die mitgeteilte Analyse ist unvollständig, die infantile Zeit konnte nicht eingehend berücksichtigt werden. Pat. mußte eine ziemliche Strecke mit der Bahn zurücklegen, um in die Klinik zu kommen. Aus dem Grunde haben wir die Analyse auf das therapeutisch Notwendigste reduziert.

der Selbständigkeit der Involutionmelancholie. Talbitzer hat schon vor einigen Jahren, konsequenter als Kraepelin selbst, die Künstlichkeit der Unterscheidungsversuche aufgedeckt, wurde damals aber noch von Kraepelin bekämpft. Dieser hat inzwischen weitere Wandlungen durchgemacht. Er berichtet, daß er in München die Diagnose Melancholie überhaupt noch nie gestellt hätte und erklärt in der Vorrede zum Buche von Dreyfuß, daß die Depressionen der Involutionsperiode auch dann als manisch-depressiv aufzufassen seien, wenn sie die einzigen Anfälle im Leben bleiben und ausschließlich depressive Färbung zeigen. Das Buch von Dreyfuß ist darum von Interesse, weil es Kraepelin veranlaßt hat, auf Grund der weiteren Verfolgung seines eigenen früheren Materials seine Ansichten zu revidieren, was er mit der ihm in hohem Maße auszeichnenden wissenschaftlichen Ehrlichkeit getan hat. In dem bis jetzt vorliegenden Teil der neuesten Auflage seines Lehrbuches spricht er schließlich offen aus, daß die Melancholie ihre Berechtigung als Krankheitsform verloren hat und nur noch als Zustandsbild zu gelten hat. Ich vermag in dieser Ausdehnung des Begriffes des manisch-depressiven Irreseins das Heil nicht zu erblicken. Die Begriffsbestimmung erscheint wissenschaftlich unbefriedigend, weil sie gequält ist, und weil sie ganz offenkundig die Tatsachen einer Theorie zuliebe zwingen und gruppieren muß, ganz abgesehen davon, daß sie für praktische, prognostische Zwecke ganz unbrauchbar ist. Ich glaube nicht, daß diese Fragen durch Zahlen und Statistiken entschieden werden können, da jede Krankengeschichte bei scheinbar größter Objektivität doch immer schon Urteile von bestimmten Gesichtspunkten aus enthält. Mir erscheint die Frage ein Teil einer viel allgemeineren nach der Existenz reiner klinischer Krankheitsformen überhaupt. Ein unbefangener Blick aus einer gewissen Distanz zeigt in der klinischen Psychiatrie ein seltsames Bild, lebhaftes Arbeiten, heißes, ehrlichstes Bemühen, beinahe Geschäftigkeit im Werten und Umwerten mit der Wirkung fortgesetzten Wechsels der Inhalte und der Grenzen der Krankheitsbegriffe, aber ohne die Wirkung; irgendeinen ehrlich sich selbst Prüfenden zu befriedigen. Wer den dogmatischen Glauben an die Existenz reiner Krankheitsformen verloren hat, sieht deren tatsächlich auch immer weniger, und die Frage drängt sich immer mehr auf, ob das Suchen nach reinen Typen nicht überhaupt die Jagd auf ein Phantom darstellt. Unser logisches Bedürfnis nach Krankheits-einheiten ist kein Beweis für ihre Existenz. Einheiten mögen darstellen alle Psychosen, die heute schon eine organisch nachweisbare Basis haben, oder haben müssen, weil sie mit Defekt endigen. Das Gebiet der Abgrenzungszweifel bilden alle im Prinzip heilbaren Geistesstörungen, die sich also aus den Elementarsymptomen der Sinnestäuschungen, Wahnideen, Stimmungsanomalien, Zuständen der Hemmung, Erregung usw. zusammensetzen. Ich glaube, daß die bisherigen Krankheitsformen als Einheiten viel zu groß sind, bin aber ebenso überzeugt, daß die Elementarsymptome allein als Einheiten wiederum zu klein sind. Es wäre möglich, daß wir weiter kämen, wenn wir uns nach Einheiten zweiter Ordnung zwischen diesen beiden genannten umsehen, regelmäßig wiederkehrenden Symptomverkuppelungen, die wir zum kleineren Teile kennen, zum größeren zu finden hoffen, wenn die Aufmerksamkeit erst einmal darauf eingestellt ist. Präzedenzfälle für die Auflösung der größeren früheren Einheiten in kleinere, liegen vor in der Geschichte der Hypochondrie, der Neurasthenie, der Hysterie, Begriffe, über die, wenn sie in adjektivischer Form auftreten, kein Zweifel be-

5*

steht. Auf dem Gebiete der eigentlichen Psychosen stellen heute schon die Symptomverkuppelungen (Syndrome), die wir adjektivisch als paranoisch, delirant, katatonisch, melancholisch bezeichnen, solche immer wiederkehrende Symptomkombinationen dar, über deren Inhalt kaum ein Zweifel besteht. Möglicherweise handelt es sich dabei um bereits normalerweise parat liegende Symptomverbindungen; wenigstens würde darauf die im großen und ganzen, unabhängig von der Individualität, überall vorhandene Gleichmäßigkeit dieser Dinge hinweisen. Vom Krankheitsbild der Melancholie wird das, was wir in Adjektivform „melancholisch“ nennen, unantastbar bleiben. Im übrigen aber finden sich in bezug auf Einzelheiten, Dauer, Häufigkeit usw. alle möglichen Abstufungen, die klassifikatorische Versuche im einzelnen als aussichtslos erscheinen lassen. Die sog. Melancholiefrage wird damit nicht gelöst, aber sie verschwindet, weil sie hinter der viel tiefer greifenden, nach der Existenz reiner Krankheitsformen bei den funktionellen Psychosen überhaupt, zurücktritt. (Ausführliche Veröffentlichung in Gaupp's Zentralblatt.) (Autoreferat.)

Diskussion:

Kreuser: Fast elegisch hat der Ref. das Schwinden der alten Krankheitsbilder und das Unbefriedigende der neueren Klassifikationsversuche geschildert. Ich kann ihm darin nur beipflichten und sehe einen wichtigen Grund dafür in dem verfrühten Bestreben, die Fülle der psychopathologischen Krankheitserscheinungen auf naturwissenschaftlicher Grundlage scharf auseinander zu halten, so daß Ätiologie, Anatomie, Verlauf und Ausgänge gleichmäßige Merkmale für die Krankheitstypen abgeben sollen. In ätiologischer Hinsicht weist das vor allem auf eine scharfe Trennung endogener und exogener Erkrankungen hin. Diese wird aber kaum je möglich sein; endogene Anlage führt nicht notwendig zur Erkrankung und gibt, wenn es zur Erkrankung kommt, nicht immer dieselben Krankheitstypen. Dasselbe gilt von den exogenen Ursachen. In weitaus den meisten Fällen müssen beiderlei Ursachen zusammenwirken, damit es zur Krankheit kommt. So ist es ganz selbstverständlich, daß je nach Gruppierung der Ursachen und ganz besonders nach der so ungemein variablen individuellen Veranlagung die einzelnen Krankheitsbilder so ungemein verschiedene werden müssen, so daß keine Systematisierung je ganz befriedigen wird. Man wird immer wieder darauf angewiesen sein, aus gewissen Symptomengruppen „Zustandsdiagnosen“ zu stellen, d. h. die Krankheitsbilder zu benennen nach dem, was man vor sich hat, ohne zu viel Einfluß der doch immer unsicheren Prognose. Unter diesen Diagnosen wird die Melancholie wohl immer einen wohlberechtigten Platz behalten nicht nur für das höhere, sondern auch, immerhin seltener, für das jugendlichere Alter. (Autoreferat.)

Thomsen betont den individuellen Faktor bei den Krankheitsbildern und warnt davor, daß Heilbarkeit bzw. Unheilbarkeit ausschlaggebenden Einfluß auf die Stellung der Diagnose ausüben.

Gaupp (Tübingen)¹⁾ legt eingehend dar, warum er die pessimistische Auffassung bezüglich der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Systematik der Psychosen nicht teilen kann. Er stimmt mit Hoche darin überein, daß der heutige

¹⁾ Anmerkung: Im Neurol. Zentralblatt, 1909, S. 1292 sind meine Ausführungen zu Hoche's Referat nicht richtig wiedergegeben. Gaupp.

Stand der klinischen Formenlehre noch nicht befriedige und daß man gerade beim Unterricht die Unzulänglichkeiten dieser Lehre sehr peinlich empfinde. Allein daraus, daß wir heute noch weit von einer befriedigenden Lösung entfernt sind, den Schluß zu ziehen, daß eine solche Lösung überhaupt nicht möglich, die Fragestellung also falsch sei, kann Gaupp nicht für berechtigt anerkennen. Man kann billigerweise nicht verlangen, daß die klinische Forschungsrichtung, die mit Kahlbaum einsetzt, innerhalb weniger Dezennien ein einwandfreies System der Geisteskrankheiten liefere, zumal nun eben einmal die Psychiatrie sowohl erkenntnistheoretisch (Unvergleichbarkeit körperlicher und geistiger Vorgänge) als auch individualpsychologisch eine ganz eigenartige Stellung einnimmt. Hoche's Stellungnahme wirkt lähmend auf die Forschung und kann deshalb solange nicht als zwingend anerkannt werden, als nicht der Beweis erbracht ist, daß es tatsächlich reine Krankheitsformen in der Psychiatrie nicht geben kann. Dieser Beweis ist aber noch in keiner Weise erbracht. Und es kann doch wohl nicht verkannt werden, daß wir auch auf dem Gebiete der funktionellen Psychosen seit Griesinger Fortschritte gemacht haben. Daß übrigens auch Hoche selbst die durch Kraepelin geschaffene Einteilung der Psychosen nicht verwirft, geht daraus hervor, daß eben in diesen Tagen aus seiner Klinik eine Arbeit erscheint, die auf Grund sorgfältiger Studien an dem Freiburger Material zu dem Ergebnis kommt, daß bei der Dementia praecox einerseits und bei den Affektpsychosen andererseits Gleichartigkeit der Vererbung bestehe. Ein derartiges Resultat ist doch nur möglich, wenn die beiden Gruppen in der Tat wesensverschiedene Krankheiten in sich beherbergen, wenn also Kraepelin's Systematik hier auf richtigem Wege ist. In der Tat hebt auch die Verfasserin selbst hervor, daß ihre Ergebnisse die Kraepelin'sche Klassifizierung in der Hauptsache bestätigen. (Vgl. Rosa Kreichgauer, Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten. Zentralbl. für Nerven- und Psych., S. 877, 1909.)

Hoche (Schlußwort): Ich stelle zunächst mit Vergnügen fest, daß wenigstens für den negativen Teil meiner Ausführungen Zustimmung herrscht. Ich sehe darin eine mir erfreuliche Wandlung seit meinem Münchner Vortrag, in dem ich zuerst ähnliche ketzerische Anschauungen zum Ausdruck gebracht habe. Wenn Gaupp sagt, daß er die Schlüsse des positiven Teiles meiner Erwägungen noch nicht mitmachen könne, so lege ich für mich dabei den Nachdruck auf das „noch nicht“. Die Vertröstung auf bessere Einsichten in der Zukunft ist nicht besonders trostreich, da wir uns damit nun schon so lange hinhalten. Wichtiger scheint mir, daß wir prinzipiell den bisherigen Weg verlassen, der nach meiner Überzeugung weder in naher noch in ferner Zukunft zum Ziele führen wird, weil die Fragestellung falsch ist. Was die Syndrome anbetrifft, so habe ich darüber nur einen vorläufigen Hinweis geben können. Selbstverständlich meine ich nicht, daß nun jedes beliebige Einzelsymptom dort hineingehöre, da man zweifellos einen ziemlich breiten Spielraum der individuellen Einzelgestaltung annehmen muß. Wir sollten, meine ich, mehr den Blick auf die große Zahl der als gemeinsamer Besitz der verschiedenen klinischen Anschauung anzusehenden Dinge richten, und da erscheint mir als nächstliegende Einheit das, was ich vorher als Symptomverkuppelungen regelmäßig wiederkehrender Art bezeichnete. Das von Thomsen vorhin angeführte Beispiel der unvermittelt auftretenden Vorstellungen in epileptischen Zuständen würde übrigens

im normalen Traum schon seine Analogen finden. Praktischen Bedenken würde eine solche Zertrümmerung der klinischen Einheiten, wenn man es so nennen will, nicht begegnen, da es, wie mich die Handhabung des psychiatrischen Unterrichts und des Staatsexamens schon lange gelehrt hat, zweifellos möglich ist, die für den Arzt notwendigen psychiatrischen Kenntnisse auch ohne näheres Eingehen auf klassifikatorische Eigensinnigkeiten zu vermitteln und festzustellen.

Lillienstein (Nauheim): Psychiatrisches von einer Weltreise.

Die Reise wurde in Genua angetreten und führte nach Ägypten, durch den Suezkanal über Ceylon nach Australien, Penang, Singapore, Hongkong und Kanton, Schanghai, Japan, Honolulu, Baltimore und New York.

Ägypten wird als Winterstation auch für gewisse Formen nervöser und rheumatischer Erkrankungen (Ischias, Neuritis, Depressionszustände) gekennzeichnet, während es bisher seiner Lufttrockenheit wegen vorzugsweise für Nieren- und Lungenkranke als angezeigt galt.

Das eigenartige Volksleben des Orients zeigte sich dem Arzt speziell auch in der Frequenz der einzelnen Geisteskrankheiten. Alkoholismus z. B. bestand nur bei $1\frac{1}{2}\%$ der mohammedanischen Geisteskranken (in Europa durchschnittlich 20—30%). Dagegen bildete Haschisch und Opium in ca. 9% und in Ägypten die Pellagra (in 12%) bei der armen Bevölkerung eine häufige Krankheitsursache.

Die Opiumvergiftung gleicht in allen ihren Stadien, vom einfachen Rausch bis zum chronischen Mißbrauch und der Kachexie, vollkommen dem Alkoholismus. Das gilt auch von den psychischen, intellektuellen und ethischen Veränderungen. Für den Psychologen und Psychiater von speziellem Interesse sind die Formen der religiösen Suggestivbehandlung, die Vortragender auf seiner Weltreise bei den Mohammedanern, bei Buddhisten in chinesischen und japanischen Tempeln und endlich bei christlichen Gesundheitbetern beobachtet hat.

In Konstantinopel wird von den „tanzenden Derwischen“ die Heilung von Kinderkrankheiten durch „Fußauflegen“ betrieben. In chinesischen Tempeln zieht der Kranke aus einem geweihten Würfelbecher nicht nur seine Diagnose, sondern zugleich das für ihn passende Medikament.

In japanischen Tempeln reiben die Kranken an einem Götzen die Stelle, an der sie zu leiden glauben. Mit den Gesundbetern (Christian science) haben sich in neuester Zeit merkwürdigerweise selbst amerikanische Ärzte liiert.

In den australischen Anstalten fand Votr. trotz des kolonialen Charakters der meisten Städte recht moderne Einrichtungen. Die Irrenanstalten sind im Pavillonsystem erbaut. Die Kranken werden zweckmäßig unter guter ärztlicher Aufsicht gepflegt und beschäftigt.

In China ist die Krankenpflege in keiner Weise entwickelt. Sie liegt in den Händen von Priestern und Kurpfuschern. Die Geisteskranken werden in den Familien behalten, bei Erregungszuständen in inhumaner Weise festgebunden. Die wenigen von Engländern, Franzosen und Amerikanern, neuestens auch von Deutschen eingerichteten Hospitäler, von Missionsgesellschaften gegründet, wirken zum mindesten vorläufig außerordentlich segensreich.

Einen hohen Stand der Kultur und damit auch der Kranken- und Irrenpflege hat Japan in den letzten 50 Jahren erreicht.

Für die interessantesten Nervenkliniken der Welt hält Votr. das Hôpital

Bicêtre in Paris und das Hospital for Paralyzed and Epileptics in London. In der Organisation der öffentlichen Irrenfürsorge sei Deutschland am weitesten gediehen. (Autoreferat.)

Die Ausführungen werden teilweise durch Lichtbilder veranschaulicht.

Thomsen (Bonn): Zur praktischen Bedeutung der Serodiagnostik.

Der praktische diagnostische Wert der neuen Methoden der Lumbalpunktion und der Serodiagnostik, besonders aber der Kombination beider Methoden für die praktische Psychiatrie ist erheblich. Vortragender erörtert allgemein und an der Hand eigener Beobachtungen, daß das Vorhandensein resp. Fehlen der vier Reaktionen (Pleozytose, Eiweißvermehrung, Wassermann-Reaktion im Blut und im Liquor cerebrospinalis) sowohl im ganzen wie im einzelnen resp. ihre gegenseitige Gruppierung sehr wichtige differentialdiagnostische Schlüsse mit Bezug auf die gegenseitige Abgrenzung von Paralyse, Hirnlues, nichtluetische organische Erkrankungen und funktionelle Neurosen und Psychosen ermögliche. Obwohl noch viel gearbeitet werden muß und gelegentlich das Ergebnis die Diagnose zu erschweren und verwirren vermag, hält Vortragender das bisherige Resultat doch schon für genügend sicher und wichtig, um Grund desselben zu wünschen, daß sich jeder Irrenarzt mit der Ausführung der Lumbalpunktion und der Untersuchung des Punktates vertraut mache und sich für die serologischen Untersuchungen der Mitwirkung eines Fachmannes versichere. Selbstverständlich ist niemals außerdem die klinische Beobachtung und die neurologische körperliche Untersuchung zu vernachlässigen. (Autoreferat.)

Diskussion:

Kreuser wirft die Frage auf, ob es berechtigt ist, bei Untersuchungsgefangenen zu differentialdiagnostischen Zwecken die Lumbalpunktion eventuell gegen ihren Willen vorzunehmen? — Für die Behandlung Paralytischer wird die Serodiagnostik vorerst kaum von einschneidender Bedeutung sein. Antiluetische Behandlung von Paralytikern kann doch wohl nicht in Frage kommen.

Die Zukunft wird lehren, ob die serologischen Untersuchungen durch bessere Kontrolle der Heilung von Syphilis prophylaktisch die Häufigkeit der Paralyse herabsetzen kann. (Autoreferat.)

Hoche glaubt, daß bei entsprechender Belehrung der Untersuchungsgefangenen kaum ein Widerstand gegen die Lumbalpunktion vorhanden sein wird.

L. Mann (Mannheim) erwähnt einen Fall, bei dem die Untersuchung des Spinalpunktates und die Wassermann'sche Reaktion von wesentlicher Bedeutung in einem drohenden zivilrechtlichen und Strafverfahren war. 7jähriger Junge erkrankte angeblich im Anschluß an Schläge auf Gesäß, die keine besonderen Nachwirkungen auf der Haut hinterließen, und an Fall durch Ausrutschen auf frisch gewichstem Linoleum in der Schule an Diplegia spastica. Beiderseitige reflektorische Starre und Differenz der Pupillen legten luetische Ätiologie nahe. Zunächst wird derartiges entrüstet abgelehnt. Sämtliche Untersuchungen fallen positiv für Lues aus (Pleozytose, Eiweißvermehrung, Nonne und Wassermann-positiv). Dementsprechende Begutachtung. Nachträglich läßt sich anamnestisch nachweisen, daß der Junge wegen den Pupillenstörungen schon im Alter von zwei Jahren in ärztlicher Behandlung war, daß er als kleines Kind Sublimatbäder bekam und daß der Vater „allerdings erst nach der Geburt des Kindes“

Condylomata lata hatte und daß der Anfang der spastischen Erkrankung doch wohl schon vor dem Trauma lag.

Durch die Sicherung der Ätiologie mit den neuen Methoden wurde der begonnene Zivilprozeß gegen die Stadt und das drohende Strafverfahren gegen den Lehrer inhibiert. (Autoreferat.)

Thomsen (Schlußwort).

Stilling (Straßburg): Zur Kenntnis der Einwirkung des Kobragiftes auf die roten Blutkörperchen von Geisteskranken.

Die Grundlagen für die Kobragiftreaktion im Blut von Geisteskranken haben Much und Holzmann geschaffen. Vortragender bespricht diese Versuche und berichtet sodann über eigene Nachprüfungen der Reaktion, die er nach der von Hirschl und Poetzl (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 27, 1909) angegebenen Modifikation angestellt hat. Untersucht wurden 50 Patienten aus der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld, sämtlich Fälle von Dementia praecox, wovon nur 22 positive Reaktion gaben. Votr. kommt zu dem Schluß, daß die Reaktion, wenigstens für die Diagnose der Dementia praecox, klinisch nicht verwertbar sei. (Autoreferat.)

Diskussion:

Kreuser bezweifelt, ob gerade die abgelaufenen Fälle von Dementia praecox das geeignete Material sind, um Schlußfolgerungen von praktischer Bedeutung zu gestatten.

Stilling (Schlußwort): Die ganze Frage muß noch weiter verfolgt werden.

Pfersdorff (Straßburg): Zur Pathologie der Sprache.

In seinem Referat über die funktionellen Störungen der Sprache (München 1906) spricht Heilbronner die Vermutung aus, daß es gelingen dürfte, die sprachlichen Assoziationen in motorische und sensorische einzuteilen. Zu den bis jetzt beschriebenen und dieser Frage zu verwertenden Fällen (cf. Gaupp's Zentralblatt 1908, 2. Märzheft und 1906, Nr. 222 und Nr. 226) erwähnt Votr. drei Fälle von manisch-depressivem Irresein, bei denen anfallsweise, ohne Beschleunigung der Wortfolge, ein eigenartiger Rededrang auftrat. Die hierbei produzierten sprachlichen Äußerungen zeigten folgende Merkmale: korrekter Satzbau und sinnlose Wahl der Worte. Von den Worten waren die Substantiva durch Wortstammassoziation verknüpft. Klangassoziationen fehlen. Diese sprachlichen Äußerungen bieten Ähnlichkeiten mit den von Kraepelin (Lehrbuch I, 1909, S. 423) beschriebenen Produkten. K. führt die Störung auf ein „Versagen der regulierenden Tätigkeit der Wortklangbilder“ zurück, wie sie z. B. auch im Traume stattfindet. Diese Erklärung läßt sich auch auf die vom Votr. geschilderten Fälle anwenden, sie findet aber außerdem eine Bestätigung in der Tatsache, daß nur Wortstammassoziationen vorkommen, die Klangbilder demnach versagen. Aus dem Umstand, daß nur die Substantiva assoziative Verknüpfung zeigen, ist ferner zu schließen, daß die Substantiva einem anderen Mechanismus unterliegen, wie die übrigen Satzbestandteile. Daß dem so ist, beweist Votr. an der Hand einer Anzahl von Fällen von Dementia praecox. Es handelt sich um wiederholte Anfälle der Psychose. Die einzelnen Formen zeigen neben anderen Verschiedenheiten, spezifische Störungen der Sprache, insbesondere die Bildung von Substantivreihen, oder von Sätzen ohne Substantiv,

oder mit sinnloser Wortwahl. Zum Schluß erwähnt Votr. zwei seit 15 Jahren beobachtete Fälle von Katatonie, welche eine der oben beschriebenen sehr nahe-stehende Sprachstörung anfallsweise darboten (doch ohne Wahnideen) sich aber durch andere Merkmale als sicher katatonisch erwiesen. (Der Vortrag wird im Gaupp'schen Zentralblatt erscheinen.) (Autoreferat.)

Gaupp (Tübingen): Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia.

Votr. erläutert zunächst die zwei Hauptfragen in der Lehre von der Paranoia: 1. ihre klinische Stellung im System der Psychosen mit Wahnbildungen und 2. die Bedingungen und den Entstehungsmodus der progressiven systematischen Wahnbildung (primäre Bedeutung des Affektes, Einfluß der Veranlagung, Paranoia und Schwachsinn). Die systematische Frage hat sich neuerdings namentlich nach zwei Richtungen hin weiterentwickelt: 1. ist der Querulantenwahn der Typus der echten Paranoia als einer erworbenen Geistesstörung eines früher ganz gesunden Menschen? 2. Handelt es sich bei der Paranoia im Sinne Kraepelin's um einen eigentlichen Krankheitsprozeß, von dem ein vorher gesundes und nicht paranoid veranlagtes Individuum befallen wird? oder ist die Paranoia die psychologische Fortentwicklung einer abnormen paranoischen Veranlagung? Wird der Paranoiker als solcher geboren (Rieger-Reichardt u. a.). Oder hat endlich Specht recht, der die Paranoia neuerdings in dem manisch-melancholischen Irresein aufgehen läßt? In der Auffassung des Querulantenwahns schließt sich der Votr. der neuerdings wiederholt geäußerten Meinung (Tiling, Heilbronner, Siefert, Bonhöffer u. a.) an, nach der sich der Querulantenwahn aus der querulatorisch veranlagten Persönlichkeit herausentwickelt; die Charakterveranlagung ist für die Entwicklung des Wahnes wesentlich. Der Querulant ist eine psychopathische Persönlichkeit von jeher, er ist — das hat namentlich Neißer immer betont — nicht der Typus der chronischen Paranoia.

Votr. geht dann weiterhin auf die feinsinnigen Arbeiten von Max Friedmann ein, der auf mildere Verlaufsformen der Paranoia aufmerksam gemacht hat, die der überwertigen Idee Wernicke's verwandt sind. Ähnliche Fälle hat Ziehen im Auge, wenn er von paranoiden Formen der Neurasthenie, von rudimentärer oder abortiver Paranoia spricht und Menschen erwähnt, die jahrelang, ja selbst bis zum Tode „am Rande der Paranoia gehen, ohne doch jemals wirklich dieser zu verfallen“. Immer eindringlicher wird die Frage: ist die chronische systematische Paranoia eine psychologisch durchsichtige Entwicklung einer primär psychopathischen Konstitution von paranoidem Charakter oder kommt mit der Krankheit etwas ganz Neues, der Persönlichkeit Fremdes hinzu? Welcher Art sind die Persönlichkeiten, die später paranoisch werden? Die Aufmerksamkeit wendet sich immer mehr dieser Frage zu (Tiling, Friedmann, Heilbronner), wobei die verschiedenen Spielarten der degenerativen Veranlagung geschildert werden.

In der Schilderung des paranoischen Charakters vor Ausbruch der Paranoia und im Beginne des Leidens trifft man meistens eine Charakteranlage beschrieben, deren Grundsymptome Reizbarkeit, Leidenschaftlichkeit, Empfindlichkeit, gehobenes Selbstgefühl, Stolz, vorsehnelles und verbohrtes Denken und Wesen sind. Kraepelin nennt eine Sehnsucht nach Großem und Hohem, ein geheimes Drängen nach kühner Betätigung, eine feste Überzeugung, zu etwas Besonderem geboren

zu sein. Tiling findet bei einer Gruppe Hochmut, Eigensinn, Dünkelhaftigkeit, selbstbewußtes Wesen, kampfbereite und entschlossene Stimmung, rachsüchtigen und nachtragenden Charakter; eine andere Gruppe zeichnet sich durch Ehrgeiz, Hochmut, Selbstsicherheit aus; eine dritte verrät eine hypochondrisch-ängstliche, verzagte, weichliche Stimmungslage. Die Kranken, von denen nachher die Rede sein soll, weisen eine Grundveranlagung auf, auf die bisher nur Janet einmal gelegentlich aufmerksam gemacht hat, eine Veranlagung, die derjenigen der Psychasthenischen und der Zwangsvorstellungskranken sehr nahe steht. Außerdem zeichnen sich aber die nachstehenden Fälle noch dadurch aus, daß bei ihnen der ganze Verlauf ein milder ist; der Beziehungswahn ist kein generalisierter, nicht alle Wahrnehmungen und Auffassungen, die persönliche Dinge berühren, sind verändert, es fehlt der von Neißer besonders betonte kontinuierliche Wahnbildungsprozeß, der mit absoluter Notwendigkeit zum starren Wahnsystem des Paranoikers führt. So fehlt denn auch die stetige Progression; die abortive Paranoia wird nicht zur totalen Verrücktheit.

Die Fälle, deren Studium Gaupp zur Aufstellung einer abortiven Paranoia auf eigenartiger depressiv-paranoischer Veranlagung veranlaßt, haben folgende kennzeichnenden Eigenschaften: es handelte sich um gebildete Männer im Alter zwischen 25 und 45 Jahren, die von jeher gutmütig, bescheiden, wenig selbstsicher, eher ängstlich, sehr gewissenhaft, ja skrupulös waren, kurz, in ihrer ganzen Wesensart den an Zwangsvorstellungen Leidenden verwandt erschienen. Reflektierende Naturen mit Neigung zur Selbstkritik, ohne jede Selbstüberhebung, ohne Kampf Stimmung. Bei ihnen setzt ganz schleichend auf der Basis krankhafter Eigenbeziehung meist in mehr weniger engem zeitlichem Anschluß an ein affektvolles Erlebnis eine unruhig ängstliche Stimmung mit Verfolgungsideen ein; dabei besteht aber ein gewisses psychisches Krankheitsgefühl; über psychasthenische Symptome wird geklagt. Die ethisch feinfühligsten Naturen reflektieren zunächst darüber, ob ihre Gegner in der Tat berechtigt sind, Schlechtes von ihnen zu denken, ob sie nicht selbst durch ihr Verhalten Anlaß zu hämischer Kritik oder zu polizeilicher bzw. gerichtlicher Verfolgung gegeben haben. Es entwickelt sich aber kein melancholisches Zustandsbild, kein Verschuldungswahn, sondern es entstehen immer deutlicher bestimmte, logisch wohlbegründete und zusammenhängende Verfolgungsvorstellungen, die sich gegen ganz bestimmte Personen oder Berufe (Polizei usw.) richten. Der Beziehungswahn ist kein allgemeiner; so z. B. wurde der Arzt selbst bei monatelangem Aufenthalt in der Klinik nie in die Wahnbildung einbezogen; im Gegenteil, es bestand ein gewisses Arztbedürfnis, weil die Versicherung, daß keine Gefahr drohe, daß in der Klinik Schutz und Hilfe gewährleistet sei, beruhigend wirkte. Eine gründliche Aussprache mit dem Arzte erleichterte den Kranken für einige Zeit, aber freilich nicht für die Dauer. Konzessionen, daß es sich um krankhaftes Mißtrauen, um pathologische Eigenbeziehung handle, werden gemacht, aber neue Wahrnehmungen im Sinne des Beobachtungswahnes lieferten eben neues Material für das Verfolgungssystem. Mit Zunahme des ängstlich-mißtrauischen Affektes, der in großen Schwankungen verläuft, werden die Verfolgungsideen präziser und gelegentliche Sinnestäuschungen verstärken deren Realitätsgefühl. In ruhigeren Zeiten entsteht eine gewisse Einsicht für frühere Verfolgungsideen: „Das habe ich mir damals offenbar eingebildet.“ So geht die Krankheit jahrelang weiter, bald remittierend, bald exazerbierend, immer besteht die Grundstimmung ängstlicher Verzagttheit

und die Reflexion, was denn diese Feindseligkeiten verschuldet habe, beherrscht den Kranken. Nur vorübergehend kommt es einmal zur Empörung über die ewige Quälerei oder auch zur Abwehr wahnhafter Anfeindung. Nie Stolz oder Hochmut, nie Größenideen, durchaus logische Verarbeitung der krankhaften Beziehungsideen, keine Spur von Schwachsinn; ganz natürliches Benehmen. Die Kranken, die freiwillig in die Klinik kommen und aus ihr freiwillig ausscheiden, haben bis zuletzt volles Vertrauen zum Arzt, konsultieren ihn freiwillig wieder, wenn sie bei Ausübung ihres Berufes sich wieder mehr verfolgt und belästigt fühlen, und kommen dann mit der Frage: „Kann denn das wirklich nur Einbildung sein?“ Eine deutliche Progression des Leidens fehlt meist, wenn auch nicht immer. In einem Falle besteht die krankhafte Eigenbeziehung seit über zwölf Jahren, doch ist kein starres Wahnsystem entstanden, vielmehr schwanken die Verfolgungsideen in ihrer Stärke; der Kranke ist dabei fähig, seinen Beruf als Beamter auszufüllen. In relativ guten Zeiten macht sich immer eine halbe Krankheitseinsicht geltend. Die überwertige Idee beherrscht nicht im gleichen Maße den ganzen Menschen wie beim Querulanten. In diagnostischer Beziehung ist hervorzuheben, daß die Fälle sicher mit Dementia praecox nichts zu tun haben, daß sie auch keine gestreckten Phasen des manisch-depressiven Irreseins darstellen; niemals stellten sich manische Zeiten ein, kein Fall ist je ganz gesund geworden. Alkohol, Lues oder ein anderes Gift spielen keinerlei ätiologische Rolle, ebensowenig handelt es sich um Senium oder Arteriosklerose. Dagegen war in allen Fällen die depressiv-skrupulöse Veranlagung von jeher vorhanden, es handelt sich also um eine charakterogene Wahnbildung, die in gewissem Sinne eine Art Gegenstück zu der mehr manisch gefärbten charakterogenen Wahnbildung des Querulanten bildet.

Der Beweis für die Richtigkeit des kurz skizzierten Krankheitsbildes kann nur durch genaue Krankengeschichten gebracht werden, die später ausführlich mitgeteilt werden sollen.

Diskussion:

Laquer (Frankfurt a. M.) betont die Häufigkeit der von Gaupp geschilderten paranoiden Symptomenkomplexe in der neurologischen Praxis der Großstadt. Er hat sie als besondere Form von Zwangsneurose angesehen und häufig nach Monaten, selbst Jahren heilen sehen. Ihre Hartnäckigkeit hängt wohl auch mit der Stärke der erblichen, degenerativen Belastung zusammen.

(Autoreferat.)

Thomsen (Bonn): Das Auftreten systematisierter, dauernder, umfassender Wahnbildung in akuter Form und mit günstigem Ausgang bei Leuten, welche vor und nach der Erkrankung durchaus keine paranoische Anlage oder Charakterentwicklung zeigen, spricht dafür, daß zur Paranoia diese Anlage nicht unbedingt gehört. Auch pflegen die Fälle, wie sie Gaupp berührt, bei denen sich Wahnideen der nicht generellen Beeinträchtigung auf dem Boden des Gefühles einer Verschuldung entwickeln, später zu heilen.

(Autoreferat.)

Kreuser: Nach den Ausführungen des Votr. gewinnt auch die Paranoia an Gebiet, was ich stets für richtig gehalten habe. Querulierende und phantastische Paranoia sind wohl theoretisch, keineswegs aber immer praktisch scharf geschieden worden. Auch bei Kranken mit Zwangsvorstellungen treten paranoide Züge zeitweise sehr in den Vordergrund. Verstimmungszustände im Beginn der

paranoischen Erkrankungen sind sehr gewöhnlich, so daß sie früher wohl zur Lehre von der sekundären Natur der Paranoia Anlaß gegeben haben. Daß paranoische Kranke nicht als absolut unheilbar zu bezeichnen sind, entspricht auch meiner Erfahrung. (Autoreferat.)

Kemmler (Weinsberg) hebt hervor, daß auf dem Boden der erblichen Belastung außerordentlich zahlreiche Formen und Nuancen sich finden, deren sichere Gruppierung zurzeit einwandfrei nicht möglich sein wird. Es wird noch kurz auf die Beziehungen zwischen Querulantenwahn und manisch-depressivem Irresein hingewiesen und hervorgehoben, daß gerade bei Entarteten periodische Stimmungsschwankungen sich recht häufig finden.

Gaupp (Schlußwort): Die geschilderte Gruppe steht mit ihrer paranoischen Wesensrichtung der Veranlagung zu Zwangszuständen nahe. Es bedarf noch eingehender Studien, zu welchen die vorstehenden Ausführungen die erste Anregung geben sollen. Eine ausführliche Schilderung erfolgt später.

Es wird beschlossen, die nächste Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte erst im Jahre 1911 und zwar in Karlsruhe abzuhalten. Als Geschäftsführer wird gewählt Neumann-Karlsruhe.

Als Referatthema wird aufgestellt: Der Begriff des Degenerativen. Zu Referenten werden gewählt: Bumke-Freiburg und Schott-Weinsberg.

Laquer schlägt vor, daß bei der Frühjahrerversammlung in Baden-Baden 1910 auch psychiatrische Themata zum Vortrag kommen sollen, wogegen sich kein Widerspruch erhebt.

Schott (Weinsberg): Katamnestische Erhebungen über begutachtete Untersuchungsgefangene.

Der Votr. hat folgende Leitsätze aufgestellt, welche sich auf Grund eines Materials von 32 Fällen (29 männl., 3 weibl.) ergaben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich um vorbestrafte, vielfach erblich belastete und von Hause aus entartete Individuen.

Reine Psychosen sind bei dem zur Verfügung gestandenen Material sehr selten.

Die in der Haft zutage getretenen Störungen entspringen der minderwertigen Veranlagung dieser Individuen und haben meist mit der Frage der Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat nichts zu tun. Diese Störungen haben sich in der Mehrzahl der Fälle nach der Aufnahme in die Irrenanstalt rasch wieder ausgeglichen.

Ein gewisser Schwachsinn, epileptische und hysterische Züge treten bei den 32 Begutachteten häufig in Erscheinung, sie sind wohl als Äußerungen der allgemeinen Entartung aufzufassen.

Psychopathische Individuen eignen sich zum größten Teil für den Strafvollzug und sind recht wohl einer Disziplinierung zugänglich, wobei irrenärztliche Überwachung wertvolle Dienste leistet.

Es ist bei der psychiatrischen Beurteilung und Begutachtung vorbestrafter, entarteter Individuen die Anwendung des § 51 des Str.-G. mit großer Vorsicht und Zurückhaltung auszuüben; insbesondere gilt das für die erste derartige Begutachtung.

Den Psychiatern ist dringend anzuraten, die Psychologie des Verbrechers genau zu studieren und sich im Verkehr mit Strafanstaltsärzten über diese Individuen möglichst zu unterrichten.

Den Strafanstaltsärzten wird gute psychiatrische Ausbildung von großem Nutzen sein.

Durch die Erfüllung dieser beiden letzten Punkte wird sich ein großer Teil der bestehenden Erschwernisse und Unzuträglichkeiten beseitigen bzw. mildern lassen.

Die Irrenanstalt muß sich nach Möglichkeit hüten, zur Detentionsstätte psychopathischer Individuen zu werden, sie schadet dadurch ihrem Charakter als Krankenhaus, verletzt durch frühzeitige Entlassung dieser Individuen das Rechtsempfinden des Volkes und gefährdet die Rechtssicherheit des Staates. Die katamnestischen Erhebungen bei begutachteten Untersuchungsgefangenen sollten allgemein durchgeführt werden, um auf breiter Grundlage fußend Leitsätze aufstellen zu können. Die Frage der Strafvollzugsfähigkeit verdient eine eingehende Bearbeitung, welche nur durch Zusammenwirken von Irren- und Strafanstaltsärzten ersprießlich gestaltet werden kann. Die Einweisung in eine Irrenanstalt oder Klinik nach § 81 Str.-Pr.-O. wird auch trotz guter psychiatrischer Ausbildung der Gerichtsärzte bei den hier in Frage stehenden Individuen in Zukunft sich nicht umgehen lassen, da zur Beobachtung der ganze Apparat derartiger Spezialinstitute erforderlich ist. (Autoreferat.)

Diskussion:

Kolb (Kutzenberg) weist darauf hin, daß der im Reichsjustizamte hergestellte Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuche sich vom alten Standpunkte der Vergeltungsstrafe im wesentlichen freigemacht zu haben und mehr auf dem Standpunkte der Schutzstrafe zu stehen scheint. Damit sind für den Strafvollzug neue Gesichtspunkte geschaffen.

Für psychopathisch Minderwertige ist besonderer Strafvollzug in besonderen Anstalten oder Abteilungen vorgesehen (§ 63, Abs. 3 des Entwurfes).

Zu These 6: Ist irrenärztliche Überwachung zu fordern. Die Disziplinierung dürfte vielleicht zweckmäßig wegzulassen sein.

Zu These 9: Für Strafanstaltsärzte ist psychiatrische Ausbildung zu fordern.

Zu These 13: Die Frage der Strafvollstreckungsfähigkeit ist, wenn der Entwurf des Reichsjustizamtes Annahme findet, weniger wichtig. Die sehr wichtige Auffassung der juristischen Kommission sollte durch uns Psychiater möglichst kräftig unterstützt werden.

Zu These 14: Gutachtensfälle, deren Verwahrung besondere, mit dem Geiste der Irrenanstalt unvereinbare Vorkehrungen erheischt, müssen zur Begutachtung in die Strafvollzugsanstalten für vermindert Zurechnungsfähige abgegeben werden können. (Autoreferat.)

Gaupp stimmt dem Vortragenden bei.

Staiger (Hohenasperg): Nach unseren Erfahrungen eignen sich die Minderwertigen in der Mehrzahl für einen von ärztlichen Gesichtspunkten beeinflussten Strafvollzug. Die Degenerierten sind zum großen Teil disziplinierbar und der Disziplin bedürftig. In der Irrenabteilung auf Hohenasperg wird nicht diszipliniert; in diese werden nur die schweren und wirklich strafvollzugsunfähigen Minderwertigen aufgenommen. Die Mehrzahl der Minderwertigen ist im regulären Strafvollzug zurzeit in der Invalidenabteilung, die auch die Epileptiker und Schwachsinnigen beherbergt. (Autoreferat.)

Stengel (Bruchsal) hat im wesentlichen dieselben Erfahrungen wie Staiger

(Hohenasperg) gemacht. Gelegentlich kommen Fälle vor, welche nicht strafvollzugsfähig sind, doch befinden sich dieselben in starker Minderheit.

Kreuser: Die günstigen Erfahrungen über die Strafvollzugsfähigkeit bei Minderwertigen und Degenerierten sind doch wohl nur da zu erwarten, wo ein Zusammenarbeiten von psychiatrisch vorgebildeten Strafanstaltsärzten gewährleistet ist. Die Erregungszustände dieser Degenerierten werden doch wohl in der Regel den § 51 zur Anwendung bringen lassen müssen. Ziffer 7 der Leitsätze gibt hoffentlich nicht Anlaß zum Wiederaufleben der Simulantenriechelei.
(Autoreferat.)

Schott (Schlußwort): Vortr. hofft, daß sich durch zahlreiche derartige Erhebungen gewisse allgemeine Richtsätze mit der Zeit gewinnen lassen werden. (Der Vortrag erscheint in der Psychiatr. Neurolog. Wochenschrift.)

Daiber (Weinsberg): Über Fälle von epileptischen Psychosen.

Es wird über neun Fälle von epileptischen Psychosen aus der Heilanstalt Weinsberg berichtet, die in der Hauptsache als Äquivalente sich darstellten, unter katatonischen, stuporös-depressiven, zirkulären, paranoiden und halluzinatorischen Zustandsbildern. Nur ein Fall paranoide Perioden auf Grund von nächtlichen epileptischen Halluzinationen, konnte, mangels an Vortragszeit, eingehender berichtet werden. Eine ausführliche Veröffentlichung sämtlicher Fälle folgt.

Epileptische Krampfanfälle sind in vier, in den anderen Fällen nur epileptoide Erscheinungen bekannt. In drei Fällen wird Trauma ätiologisch genannt. Die Diagnose Epilepsie wurde gestellt auf Grund des epileptischen Charakters der Symptomkomplexe, meist erst nach jahrelanger Anstaltsbehandlung und wiederholten Rezidiven. Bewußtseinsveränderung war von nur einseitiger Bewußtseinsbeschränkung bis zu den schwersten Bewußtseinsstörungen immer zu konstatieren. Beginn, Aufhellung, Wechsel der Zustände, gingen meist rasch vonstatten. Die spezifische Reizbarkeit war nebenher in allen Stimmungszuständen vorhanden, hysterieähnliches Benehmen und andere bemerkenswerte Erscheinungen in Erregungszuständen sind einigemal besonders hervorzuheben. Neben Ideenflucht in den einen Fällen ist doch meistens die Ideenarmut bei dem Sprachdrang auffallend, die Reiterationen, ein Rhythmus des Tonfalles, das Haftenbleiben, das in den schriftlichen Erzeugnissen oft noch deutlicher zutage tritt. Ferner ist bei allen Fällen die lange Dauer der Perioden, von mehreren Monaten bis über ein Jahr, interessant. Fünf Kranke sind seit Jahren in der Anstalt, zwei weitere waren schon wiederholt aufgenommen. Eine Ähnlichkeit der Zustände des einzelnen Kranken bestand immer, wiederholt waren sie ganz genau gleich den früheren. Fast bei allen Kranken ist eine eigenartige leichte Demenz vorhanden: eine Stumpfheit und allgemeine Indolenz bei stark egozentrischer Gefühlsrichtung, ein habituell argwöhnisches oder lauerndes Wesen. dagegen ist die intellektuelle Schädigung weniger auffallend. Es ist aber bei diesen chronisch sich hinziehenden Fällen, die früher nach Entweichungen oder zu frühen Beurlaubungen — und unter Alkoholeinfluß — wiederholt ihre Rückfälle erlitten hatten, durch konsequent lang ausgedehnte Anstaltsbehandlung eine ganz wesentliche Besserung erreicht worden. Eine lange Anstaltsbehandlung ist das wichtigste in der Therapie der psychisch-epileptischen Erkrankungen.

(Autoreferat.)

Diskussion:

Lilienstein (Nauheim) fragt nach den spezifischen epileptischen psychischen Erscheinungen in den einzelnen Fällen, nach Erscheinungen von retrograder Amnesie, isolierten Ausfallserscheinungen, Impulsivität und Einwirkung von spezifischer Behandlung (Brom, bzw. Bromopium).

Daiber (Schlußwort): Weist auf die im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinende ausführliche Veröffentlichung hin.

III. Referate und Kritiken.

Physiologie und Psychologie.

Sokolowsky: Zur Frage des Geisteslebens der Menschenaffen.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 39.)

S., zoologischer Assistent am Hagenbeck'schen Tierpark, sucht das Interesse der Mediziner, auch der Taubstummenlehrer, zum Studium der psychischen Eigenschaften der dem Menschen nahestehenden Affen anzuregen. Er betont, daß nur exakte, von theoretischen und anthropozentrischen Spekulationen unabhängige Beobachtungen einwandfreie Resultate ergeben können. Eine eigentliche Sprache scheinen die Menschenaffen nicht zu haben, aber anscheinend haben sie eine Gebärdensprache, die um so ausgebildeter ist, je geselliger die Tiere leben. Überhaupt ist nach S. die Lebensweise — ob gesellig oder individualistisch — für die psychische Entwicklung der Tiere sehr wichtig.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Claus und Bingal: Über Messungen der Hauttemperatur bei Gesunden und Nervenkranken.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVII.)

Die Temperaturen symmetrischer Hautstellen können normalerweise am Rumpf bis $0,5^{\circ}$ und an den Extremitäten bis 1° voneinander differieren.

Bei frischen Fällen von Apoplexie mit Lähmungen ist in den ersten Tagen die Hauttemperatur der kranken Seite höher als auf der gesunden, später dagegen geringer, oft weit niedriger. Es handelt sich dabei offenbar um eine Schädigung vasomotorischer Bahnen. Bei der Syringomyelie kommen sehr erhebliche Differenzen der Hauttemperatur zwischen den einzelnen Körperpartien vor.

Kalberlah.

Neurosen und Verwandtes.

C. Pototzky: Die Verwertbarkeit des Assoziationsversuchs für die Beurteilung der traumatischen Neurosen.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 521—529.)

Pototzky hat bei zwei Fällen von Unfallneurose, die eine weitgehende Ähnlichkeit nach Art des Traumas, der Beschwerden und Folgeerscheinungen.

sowie ihrer allgemeinen Lebensbedingungen hatten, Assoziationsversuche angestellt. Die beiden Fälle zeigten in ihren Assoziationen entgegengesetztes Verhalten; beim einen stand der Gedanke der Krankheit und Erwerbsunfähigkeit, sowie der Aussicht auf Entschädigung im Mittelpunkt, während aus den Versuchen beim anderen kein direkter Zusammenhang zwischen dem Status der Krankheit und dem Gedankenkomplex „Leidenentschädigung“ hervorging. Aus diesen Resultaten ergaben sich dem Verf. ganz bestimmte Gesichtspunkte für die Prognose des Leidens an und für sich und für die Frage der Rentenerteilung.

Verf. will mit seinen Versuchen den Wert des Assoziationsversuchs bei der Beurteilung von Unfallneurosen dartun und vertritt die Forderung, zur Beurteilung jedes einzelnen Falles von Unfallneurose auch die psychopathologischen Untersuchungsmethoden heranzuziehen, eine Forderung, der man nur beipflichten kann.

Stockmayer (Tübingen).

Theophil Becker (Gießen): Über Hypnosebehandlung.

(Med. Klinik, 1909, Nr. 34.)

In Form eines abgerundeten Vortrags wird die praktische Bedeutung der Hypnose für die Therapie von Psychoneurosen frei von Optimismus, aber unter voller Würdigung des Verfahrens, besprochen. B. wendet lediglich die verbale Suggestion an und erblickt das Wesentliche in der Erweckung von posthypnotischen Vorstellungen zur Erzielung von Dauererfolgen. Eine Reihe von lehrreichen eigenen Erfahrungen, auch aus dem Heere, dem Verf. als Stabsarzt angehört, illustriert die Ausführungen.

Liebetrau (Hagen).

Dr. M. Bornstein (Warschau): Migraine ophthalmoplégique.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 255.)

B. teilt drei einschlägige Fälle mit, in denen der Zusammenhang mit echter Migräne evident war, und tritt dementsprechend auch für die Beibehaltung des obigen, von Charcot vorgeschlagenen Namens ein. Ob dabei, wie gewöhnlich, der Okulomotorius oder ein anderer Gehirnnerv gelähmt ist, ob die Lähmung periodisch oder rezidivierend auftritt, scheint Verf. unwesentlich. Zur Erklärung der Anfälle will ihm am plausibelsten erscheinen die Theorie einer Hypophysisschwellung (nach Deyl-Plavec), vielleicht verursacht durch vasomotorische Störungen und wirksam auf dem Wege des basalen Sympathikusgeflechts.

Haymann (Freiburg i. B.).

Renner: Über vorübergehende Hemiplegien bei Migräne.

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr. 21.)

Drei Fälle, welche neben anderen Symptomen zeitweise einseitige Lähmungserscheinungen während des Anfalls zeigten. Verf. glaubt in ihnen eine Stütze für die Theorie von der vasomotorischen Entstehung der Migräne zu sehen.

Müller (Dösen).

Schabad: Chronische Chorea nach Migräne. Nach einem Vortrag in der Wilnaer med. Gesellschaft.

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr. 22.)

Genaue Beschreibung eines Falles, der eine 50jährige Frau betrifft, welche seit ihrem 22. Lebensjahre nach einem Schreck an Migräneanfällen erkrankt ist

und jetzt statt der Kopfschmerzen eine Chorea darbietet, nachdem schon vor zehn Jahren während einer Gravidität einige Monate lang an Stelle von Kopfschmerzen einseitige Zuckungen aufgetreten waren. Müller (Dösen).

Bratz (Wuhlgarten): Zur Ätiologie der Epilepsie.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 1063—1065.)

Angeregt durch Sickels Mitteilungen über den (übrigens schon früher bekannten (Ref.) weit geringeren Anteil der Juden am Alkoholismus und an der Epilepsie (d. Zentralbl., 1909, S. 807) hat B. eine Nachprüfung der Sickelschen Zahlen an dem Material der Anstalt Wuhlgarten unternommen. Unter 1262 von ihm selbst beobachteten Fällen von echter Epilepsie waren nur 28 Juden = $2\frac{1}{2}\%$, während die jüdische Bevölkerung Berlins etwa 10% seiner Gesamtbevölkerung bildet. Von den 1234 epileptischen Nichtjuden konnte erbliche Belastung bei 589 nicht sicher nachgewiesen werden, 391 zeigten neuropathische Belastung, 254 = 20,5% Belastung durch Alkoholismus der Eltern, meist des Vaters; die 28 jüdischen Epileptiker, die fast durchweg einen Zusammenhang mit der Familie hatten und deshalb eine gute Anamnese hatten, hatten durchweg eine neuropathische Belastung, während von 82 nichtjüdischen Epileptikern, die auch einen Zusammenhang mit der Familie und eine gute Anamnese hatten, 31 neuropathische Belastung und 34 Belastung durch Alkoholismus der Erzeuger hatten. Es ergibt sich danach, daß tatsächlich die Epilepsie bei den Juden seltener ist und daß der Alkoholismus der Erzeuger (die Keimvergiftung) allein die Epilepsie der Nachkommenschaft bedingen kann. Die Epilepsie ist aber nicht die einzige bzw. vorwiegende Folge der Keimvergiftung durch Alkohol, denn auch unter 64 Fällen reiner Hysterie (mit Krämpfen) ergab sich Belastung durch Alkoholismus der Erzeuger in 15 = 24% (neuropathische Belastung bei 23), also keineswegs seltener als unter den Epileptikern. Der (Schnaps-)Alkoholismus der Berliner Bevölkerung erzeugt so nach B. ebensoviel Hysterie mit Krämpfen als Epilepsie. Daß er (wie übrigens anderwärts schon längst bekannt Ref.) auch für alle Arten von Neuropathien der Nachkommenschaft die Prädisposition schafft, zeigt nach B. eine Aufstellung des Japaners Miyake, wonach z. B. Hebephrenien 44% Trinker in der Aszendenz hatten. Nach B. erscheint es noch nötig zu untersuchen, ob die Keimvergiftung der Erzeuger im Gegensatz zur neuropathischen Heredität bestimmte Formen der Neuropathie bevorzugt und welche.

Hoppe (Königsberg).

Fedor Krause (Berlin): Die operative Behandlung der Epilepsie.

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 38.)

In dem auf dem internationalen medizin. Kongreß in Budapest gehaltenen Vortrag gibt der auf dem Gebiete der Schädelchirurgie autoritative Kliniker einen Überblick über seine reichen Erfahrungen in der operativen Therapie der Epilepsie. Er teilt die Besprechung ein in die „Jackson'sche oder symptomatische“ und „die allgemeine genuine“ Epilepsie, indem er die rein traumatisch entstandenen Formen ausschaltet. Bei der ersteren läßt sich nach K.'s umfangreichen Versuchen eine Stelle der motorischen Region mittels faradischer Reizung als „primär krampfendes Zentrum“ feststellen. Die meisten Patienten mit Jackson'scher Epilepsie haben ihr Leiden als Folge einer zerebralen Kinderlähmung. Die Sektion in vivo ergibt in diesen Fällen: Erweichung der Hirnsubstanz,

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Zystenbildung, Atrophie, Sklerose, Ödem der Arachnoidea. Die klinischen Erscheinungen entsprechen der Lokalisation der pathologischen Veränderungen. Die Operation richtet sich ebenfalls danach. Meist kommt die vordere Zentralwindung in Frage. In allen Fällen aber muß die Rindenpartie in weiter Ausdehnung freigelegt werden. Es empfiehlt sich durchaus, zweizeitig (mit 5—8 Tagen Intervall) zu operieren. Wenn die Veränderungen nicht ohne weiteres sichtbar sind, muß mittelst faradischer Reizung das „primär krampfende Zentrum“ bestimmt und an dieser Stelle punktiert, inzidiert oder exzidiert werden. Bei letzterem Eingriff ist die theoretisch konstruierte Gefahr neuer Anfälle durch Entstehung einer Narbe praktisch nicht vorhanden. Auch tiefer liegende Herde können angegriffen werden. Zur Statistik benutzt K. nur sein Privatmaterial und nimmt fünf Jahre als Zeitpunkt der Heilung an. Dabei hat er unter 38 operierten nun jetzt fünf geheilte Fälle. Die Operation bei genuiner Epilepsie geht auf Kocher's Initiative zurück unter der Annahme, daß die plötzliche intrakranielle Drucksteigerung eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Anfälle spielt. Wie diese Anschauung sich als nicht richtig erwiesen hat, ist auch der Erfolg der operativen „Ventilbildung“ recht gering. Immerhin werden bisweilen nennenswerte Besserungen erzielt. Liebetrau (Hagen i. W.).

Pick (Wien): Zur Kenntnis der Neurosen des Verdauungstraktes.
(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 40.)

In Form eines Vortrages werden die nervösen Störungen der Magen- und Darmtätigkeit besprochen unter eingehender Würdigung der grundlegenden Arbeiten von Pawlow, Bickel und neuerdings vor allem Dreyfus (aus der Krehl'schen Klinik). Klinisch finden wir die verschiedensten Bilder, die man nach P. nach dem jeweils bevorstehenden Symptom benennen und nicht unter dem Sammelbegriff „nervöse Dyspepsie“ abtun soll. Bei der Therapie soll die Ätiologie eingehend berücksichtigt werden, in erster Linie aber auf psychische Beeinflussung Wert gelegt werden in Verbindung mit medikamentöser und physikalisch-diätetischer Behandlung. Liebetrau (Hagen i. W.).

Max Kauffmann (Halle a. S.): Über einen Fall von Myasthenie.
(Journ. f. Psychol. u. Neurol., Bd. XXIV, Leipzig 1909.)

Verf. beschreibt einen Fall von Myasthenie, der besonders das Symptom der anfänglichen Lähmung zeigte, die sich später besserte. Der Kranke wurde einem Stoffwechselversuch unterworfen, wobei bei möglichst gleichartiger Kost im nüchternen Zustande Respirationsversuche in der Ruhe und während der Arbeit am Ergostaten angestellt wurden. Dabei zeigte das Körpergewicht keine Schwankungen, aber es ergab sich eine erhebliche N.-Retention. Bei den Urinuntersuchungen ergab sich bei ziemlich normaler Eiweißzufuhr keine Störung im Eiweißabbau, wohl aber bedeutende N.-Retention bei plötzlich gesteigerter Eiweißzufuhr. Der respiratorische Gaswechsel war zeitweise vermindert. Während der Arbeit sank der respiratorische Quotient anfangs zuweilen, um nachher zu steigen. Diese Erscheinung sei vielleicht als anfänglicher Glykogenmangel zu deuten, der wieder durch zentrale nervöse Störungen oder auch auf andere Weise bewirkt sein könne, wie mangelhafte Fermentbildung oder krankhafte Veränderung der Bildung von Glykogen aus den zugeführten Nahrungsstoffen. Kindler (Großschweidnitz).

Hans Steinert: Myopathologische Beiträge. 1. Über das klinische und anatomische Bild des Muskelschwundes der Myotoniker.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVII.)

Verf. weist an der Hand von sechs sorgfältig untersuchten Fällen und unter genauer Würdigung der Literatur nach, daß es sich in jedem Falle von sog. amyotrophischer Myotonie um ein typisches scharf umschriebenes Krankheitsbild handelt und zwar um eine myopathische progressive Dystrophie, von der echte Thomsen'sche Fälle befallen werden.

Ausnahmslos sind in allen Fällen gewisse Muskelgruppen der oberen Extremitäten, die Muskeln der Vorderarme und die kleinen Handmuskeln befallen, entweder die einen oder die anderen oder beide zusammen. Im allgemeinen geht die Entwicklung symmetrisch vor sich. Ziemlich schnell folgt auf die Atrophie der Vorderarme und Hände, die Entwicklung der Facies myopathica, während gelegentlich auch schon andere Gebiete an den Armen und Schultern in Mitleidenschaft gezogen werden, so waren oft die Deltoidei und die Sternocleidomastoidei schon früh miterkrankt. Dabei blieb die Gebrauchsfähigkeit der Glieder auch in den schwersten Fällen leidlich gut erhalten. Dazu kann nun in jedem Stadium der Erkrankung die Beteiligung der unteren Extremitäten hinzutreten. Außer der Gesichts- und Kaumuskelatrophie können noch weitere Störungen in bulbären Muskelgebieten hinzukommen (eigenartige Sprechstörung und Schluckbeschwerden, wahrscheinlich infolge von Dystrophie der Kehlkopf- und Gaumenmuskeln, Ptosis usw.). Als Begleiterscheinungen wurden Kahlköpfigkeit, Hodenatrophie, vasomotorische Störungen beobachtet. Die tiefen Reflexe sind häufig herabgesetzt oder aufgehoben. Inkontinenz der Blase kommt vor, ebenso sind leichte Sensibilitätsstörungen und eigentümliche Gelenk- und Sehnenanomalien beschrieben.

Verf. konnte als erster einen derartigen Fall anatomisch untersuchen. Es fand sich als hervorstechendster anatomischer Zug eine weitverbreitete Zirrhose der Muskulatur; im Bereich des Nervensystems konnte nur eine echte tabiforme Hinterstrangdegeneration nachgewiesen werden. Kalberlah.

Semi Meyer (Danzig): Was charakterisiert die Hysterie?

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 39.)

M. hat wie viele Nervenärzte das Unbefriedigende der Tatsache empfunden, daß eine prägnante Charakteristik der Hysterie allen anderen Neurosen gegenüber bisher nicht gegeben werden konnte. Er glaubt das Wesentliche damit zu bezeichnen, daß der Hysterie die Fähigkeit der „Produktivität“ zukommt, d. h. tatsächlich Krankheitserscheinungen zu produzieren, gewissermaßen hervorzuzaubern. Im Vordergrund steht der Schmerz, den man zweifellos (unbekümmert um seine Entstehung) als reell ansehen muß. Ihn als „eingebildet“ zu bezeichnen ist ein häufiger Fehler, der die Krankheit sehr ungünstig beeinflusst. Die Lokalisation ist verschieden. Bemerkenswert ist die Behauptung M.'s, daß die hysterischen Neuralgien an Zahl alle anderen Neuralgien bei weitem überwiegen, was natürlich für die Therapie außerordentlich wichtig ist. Die übrigen „Produkte“ (Kontrakturen, Lähmungen, Aphasie) sind objektiv ohne Schwierigkeit zu erkennen. Sie sind verschieden nach dem sozialen Milieu. „Die Dienstmädchen haben gewöhnlich eine ganz andere Hysterie als die gebildete Frau, und die Mädchen aus den Geschäften stehen zwischen ihnen.“ Vielfach dient eine an

6*

anderen beobachtete Krankheit als Quelle, oder eigene Krankheitssymptome werden verlängert und verstärkt, ohne daß man von Simulation reden kann.

Liebetrau (Hagen i. W.).

L. Laquer: Über hysterische Taubstummheit.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 1106—1112.)

Ein 22jähriger Seminarist, der in der letzten Zeit verbummelt war und unter der psychischen Einwirkung, daß er nirgends mehr aufgenommen wurde, gelitten hatte, geriet nach dem Erklettern eines Baums, das ihm sehr schwer fiel, in einen Erschöpfungszustand mit Ohnmacht und profusen Schweiß und durch Trinken verhältnismäßig geringer Mengen Alkohols in einen atypischen Rauschzustand. Nach dem Erwachen sprang er plötzlich aus dem Bett, fiel ohnmächtig zu Boden, und war nachdem er zu sich gekommen, taubstumm; selbst lauteste Geräusche wurden nicht perzipiert. L. heilte die Taubstummheit auf suggestivem Wege, mit Zuhilfenahme der Methode der Taubstummenlehrer innerhalb dreier Wochen. Im Anschluß daran bespricht L. ziemlich eingehend die Fälle von hysterischer Stummheit aus der Literatur und betont die Entbehrlichkeit der Hypnose, die er in seiner Praxis noch niemals vermißt habe.

Hoppe (Königsberg).

IV. Vermischtes.

Bemerkung.

Dr. med. Wilhelm Lange in Tübingen fällt in seinem kritischen Versuch¹⁾, „Die Psychose Maupassant's“ über meine Arbeit „Guy de Maupassant's Krankheit“ das Urteil: Wenig gründlich und psychiatrisch nicht ausreichend. Wenn ich mir zu Lange's Arbeit einige sachlich ergänzende Bemerkungen erlaube, so geschieht dies deshalb, weil ich mich schon seit Jahren mit dem Fall Maupassant befaße und wiederholt mit Männern in Gedankenaustausch getreten bin, die M. gekannt haben.

Lange bringt in seiner Arbeit kein neues Tatsachenmaterial; er begnügt sich mit Belegen — und Zitaten aus Maupassant's Werken, die andere schon vor ihm gebracht haben. Die Arbeiten von Rémond, Voivenel und André Lombard erwähnt er nicht.

Auf differentialdiagnostische Erwägungen bin ich in meiner Studie, die für einen weiteren Leserkreis geschrieben ist, nicht eingegangen, weil mir die Diagnose progressive Paralyse gesichert erschien — und noch erscheint. Diese Diagnose wird auch von den meisten französischen Ärzten, die sich mit der Psychose Maupassant's befaßt haben, vertreten. Lange selber glaubt nicht recht an Lues cerebri, da er in seinem Schlußurteil über den Fall M. gleichfalls zur Diagnose

¹⁾ den ich leider jetzt erst als Separatabdruck zu Gesicht bekomme.

Dementia paralytica kommt. Wenn Lange in seinen differentialdiagnostischen Erörterungen die Ansicht ausspricht, daß eine gewisse Krankheitseinsicht für Lues cerebri spreche, so kann ich dem nicht völlig beipflichten. Mir sind Fälle von Dementia paralytica bekannt, wo die Kranken im Anfangsstadium bei deutlich vorhandenen körperlichen Zeichen der Paralyse mit der selbstgestellten Diagnose „Gehirnerweichung“ zur Untersuchung kamen. Ausnahmen, wie ich gern zugebe, von der Regel.

Daß der Begriff Lues cerebri zu Maupassant's Zeiten in Frankreich noch unbekannt gewesen wäre, war mir neu. Ich dünkte, Alfred Fournier hätte schon Ende der siebziger Jahre die Syphilis cérébrale definiert.

Daß bei M. von Kindesbeinen an eine Psychopathie bestanden haben soll, möchte ich bezweifeln. M. war ein frischer fröhlicher Knabe, ein ausgelassener junger Mann, dem der Schelm im Nacken saß. Dies kann ich aber nicht als psychopathisch ansehen, ebensowenig, daß er gelegentlich zotete und in Venere exzedierte.

„Psychopathisch“ wurde M. erst, als er die Syphilis im Leibe hatte. Bis zum Jahre 1872 zeigt M. nichts Psychopathisches. Dann trat der Wendepunkt, der „Tournant“ in seinem Leben ein. Immer mehr wird er ein Grübler, ein Hypochonder, der fühlt, „daß er einen schlechten Feind im Blute habe“, ein menschenscheuer Geselle, „der das Ende der Reise erblickt“. Den Freunden — auch den Ärzten unter ihnen — fiel natürlich die Veränderung im Wesen des Dichters auf. Sie machten alles mögliche dafür verantwortlich, u. a. körperliche Überanstrengungen, sexuelle Exzesse. An eine beginnende Psychose dachte noch niemand.

Alkoholiker war M. nicht. Als junger Mann in fröhlicher Gesellschaft und in seinen letzten Lebensjahren in Angstzuständen mag er wohl einen über den Durst getrunken haben. Gewohnheitstrinker war er nicht. Graf Primoli, ein intimer Freund des Schriftstellers, der ihn auch nach England begleitete, erklärt, daß M. sich nie berauscht habe. H. Amic, der mehrere Wochen mit M. in Sizilien verbrachte (1885), sagt, M. habe zu den Mahlzeiten nur Wasser und Tee, ausnahmsweise ein Glas Champagner getrunken. An M. Bashkirtseff schreibt der Vierunddreißigjährige: „Ich rauche nie. Ich trinke weder Bier noch Wein, überhaupt keinen Alkohol, nur Wasser.“ (Tagebuchblätter und Briefwechsel mit G. de Maupassant.)

Daß M. gelegentlich Kokain und Morphinum gebrauchte, ist durch die Ärzte Meuriot und de Fleury festgestellt. In einem Artikel des Gaulois vom 13. September 1883 „l'Orient“ erzählt M. mit erstaunlicher Sachkenntnis die Geschichte eines Opiumsüchtigen. Er preist Opium als ein Mittel gegen die Misere des Lebens (Gaulois 25. II. 84). In seinem Tagebuch „Sur l'eau“ spricht der Schriftsteller von den Wirkungen des Opiums und des Haschisch. Dem Äther blieb M. bis in seine letzten Lebensjahre treu. M. war ein Ätherriecher, für eine Reihe von Gehörs- und Gesichtssillusionen des Schriftstellers kann vielleicht die Äthersucht verantwortlich gemacht werden. Ob M. jene Narkotika rein „experimentell“ — dem Beispiele Baudelaire's folgend — gebrauchte, oder, ob er sie nur als Anregungsmittel zur Arbeit anwandte, oder nur als Schmerzbetäubungsmittel, kann ich nicht mit Bestimmtheit feststellen.

Von M.'s Briefen habe ich eine Anzahl aus früherer und späterer Zeit im Original gesehen. Auffallend ist, wie auch noch in den letzten Briefen der

Schriftsteller seine geschäftlichen Interessen zu wahren verstand. Lange hat einen vom Baron Albert Lumbroso faksimilierten Brief vom 27. Juni 1891 als typischen Paralytikerbrief bezeichnet. Ich besitze in meiner Sammlung Briefe von überarbeiteten Gelehrten, die eine viel „steifere, zittrigere, ungelenkere, ataktischere“ Handschrift aufweisen. Prof. Cramer, der die Liebenswürdigkeit hatte, den von Lange erwähnten Brief zu prüfen, schrieb mir, daß er das Schriftstück nicht für Paralyse typisch halte. „Jedenfalls,“ sagt der Göttinger Psychiater, „habe ich öfters bei nervösen Erschöpfungszuständen, vielleicht auch bei stark ermüdeten gesunden Menschen derartige Schriftsymptome gefunden.“

Eine Parallele zwischen Nietzsche und M. hatte sich meine Wenigkeit bereits vor drei Jahren in der kleinen Monographie *Dementia paralytica* und Syphilis zu ziehen erlaubt.

Ich komme im Fall M. zu folgender Schlußfolgerung: M. war kein geborener Psychopath. M. war kein Alkoholiker. M. hat sich syphilitisch infiziert und ist nach einem längeren Prodromal- und Initialstadium der progressiven Paralyse zum Opfer gefallen. Seine Lebensführung mag den Zusammenbruch beschleunigt haben.

Daß viele Werke des Schriftstellers durch die Krankheit ungünstig beeinflusst worden sind, ist von Lagriffe und Lange mit Recht hervorgehoben worden.

Gaston Vorberg (Hannover).

Erwiderung.

Wenn ich Vorberg's Studie über Maupassant (Verlag Bergmann-Wiesbaden) „wenig gründlich und psychiatrisch nicht ausreichend“ genannt habe, so galt diese Bemerkung der Ausführlichkeit seiner Darstellung, und ich müßte nach den obigen Anmerkungen Vorberg's mein Urteil eigentlich noch schärfer fassen. Denn es ist nicht einzusehen, weshalb Vorberg sein Darstellungstalent nicht dazu verwertet hat, uns seine Kenntnisse und Erwägungen viel gründlicher und umfangreicher mitzuteilen, als er es in seiner Pathographie getan hat. Das ganze Problem Maupassant's bietet noch außerordentlich viele unge löste Rätsel; sollen diese dem Laien und Nichtpsychiater durch eine möglichst glatte und elegante Darstellung verhüllt werden? Ich glaube nicht, daß dies im Interesse aller ernst arbeitenden Pathographen liegt.

„Neues Tatsachenmaterial“ habe ich ja gar nicht bringen wollen, weil mir schon das vorhandene nicht genügend ausgebeutet erschien; und ich habe deshalb auch meine Arbeit nur einen „kritischen Versuch“ genannt.

Die Diagnose „Paralyse“, meine ich, liegt in Maupassant's Fall nicht so ohne weiteres platt auf der Hand, und differentialdiagnostische Erwägungen wären doch wohl angebracht gewesen; wenigstens haben (außer dem Referenten) eine Reihe von Kollegen in Vorberg's Studie eine solche Anmerkung vermißt, ebenso eine psychiatrische Ausführung über Maupassant's Halluzinationen. Vorberg sieht diese Sinnestäuschungen anscheinend ohne Diskussion für paralytische an — eine Anschauung, die ich nicht zu teilen wage.

Fälle, in denen Patienten an sich selbst die Diagnose „Paralyse“ richtig

gestellt haben, sind auch mir bekannt; einer der Kranken, ein Arzt, erschöpfte sich daraufhin. Aber ich denke, daß solche Fälle ungewöhnlich sind und daß die relativ klare Krankheitseinsicht Maupassant's gerade zu differentialdiagnostischen Zweifeln anregen mußte.

Ob der Begriff der „Lues cerebri“, wie wir ihn heute auf Grund der Arbeiten von Alzheimer u. a. kennen, und wie ich ihn gemeint habe, in den achtziger Jahren in Frankreich wirklich schon so bekannt gewesen ist, daß Ärzte ihn praktisch anwandten, weiß ich nicht.

Maupassant einen Psychopathen zu nennen oder nicht, ist (man kann es schwer anders ausdrücken) Sache des sogenannten psychiatrischen „Gefühls“, ist Sache möglichst vieler persönlicher und intimer Einfühlungen in psychopathische Persönlichkeiten. Gewiß auch Sache der Definition, weshalb sich über Psychopathien im allgemeinen so schwer streiten läßt. Wenn jemand ein „ausgelassener junger Mann“ ist, „dem der Schelm im Nacken sitzt“ und der „in Venere exzediert“, so braucht dies ganz und gar nicht ein „Gesunder“ zu sein; es könnte sich sogar um einen Psychotischen (z. B. einen Hypomanischen) handeln. Ich halte Maupassant wegen seiner Belastung, seiner inneren Unruhe, wegen seines frühen Alkoholismus, seines Bedürfnisses nach einem Stimulans, wegen seiner sehr großen inneren Beweglichkeit und Labilität, der fast ans Hysterische grenzenden Lust zu Konfabulationen und Mystifikationen nach wie vor für einen geborenen Psychopathen — allerdings, wie ich ausdrücklich betont habe, für einen solchen leichteren Grades.

Beinahe ebenso schwer wird es wohl sein, sich über den Begriff des Alkoholismus bei Maupassant zu einigen. Ein „Säufer“ im schlimmsten Sinne des Wortes ist er gewiß nicht gewesen, aber tatsächlich hat er doch (mit psychiatrischem Maßstab gemessen) tüchtig getrunken. Maupassant ist über zehn Jahre lang ein „junger Mann in fröhlicher Gesellschaft“ gewesen; daß man ihn nie berauscht gesehen hat, kann ich durchaus nicht als Beweis gegen die Annahme eines gewissen Alkoholismus ansehen. Möglich, daß Maupassant, als er schon krank war (nach dem 30. Jahre), zeitweise aus Gesundheitsrücksichten dem Alkohol entsagt hat; aber im ganzen wird man ihn doch als einen mittleren Alkoholiker bezeichnen müssen. Schon M.'s allgemeine Vorliebe für Stimulantien spricht sehr dafür.

Über den Brief vom Juni 1891 habe ich (mit voller Bewußtheit!) gesagt, daß er Störungen aufweise, wie sie für Paralyse als typisch angesehen zu werden pflegen. Daß andere Zustände (Erschöpfung usw.) gelegentlich ähnliche Schriftsymptome hervorrufen können, sollte nicht bezweifelt werden. Aber wäre es denn allzu verfehlt, bei einem Manne, der bereits an ausgesprochener Paralyse (oder Zerebrallues) litt und nahe vor dem gänzlichen Zusammenbruch stand, an eine paralytische Schriftstörung zu denken? Ganz besonders, wenn man noch die inhaltlichen Fehler hinzurechnet?

Was die Parallele zwischen Nietzsche und Maupassant anbetrifft, so bedauere ich, daß mir die Schrift Vorberg's über „Dementia paralytica und Syphilis“ unbekannt gewesen ist; es wäre vielleicht auch manchem Laien interessant gewesen, einen Hinweis darauf in Vorberg's Maupassant-Arbeit zu finden. Jedenfalls freue ich mich, mit meiner Annahme einer solchen Parallele in guter Gesellschaft zu sein.

Lange.

Im XII. Bande der Deutschen Klinik (Urban und Schwarzenberg, 1909) findet sich auch ein neurologisches Kapitel, das an dieser Stelle eine Erwähnung verdient: Ludwig Bruns hat in der 16. Vorlesung die Diagnose und Therapie der Hirngeschwülste in Kürze, aber mit der ihm eigenen Klarheit behandelt (S. 553—586). Wir kennen die Anschauungen des Verf. aus seiner trefflichen Monographie und haben deshalb keinen Anlaß, auf den vorliegenden Aufsatz genauer einzugehen. Gaupp.

Räcke's Grundriß der psychiatrischen Diagnostik, der erst vor Jahresfrist erstmals erschien, liegt bereits in zweiter Auflage vor (A. Hirschwald, 1910, 182 S.), ein Beweis, daß das kleine handliche Buch in der Tat ein lebhaft empfundenes Bedürfnis zu befriedigen vermag. Die neue Auflage ist im speziellen Teil erweitert, während der wichtigere allgemeine Teil in allem wesentlichen gleich geblieben ist. Gaupp.

Das Buch von P. J. Möbius über Nietzsche ist in dritter Auflage erschienen (J. A. Barth, Leipzig 1909, M. 3.—). Diese dritte Auflage ist ein unveränderter Abdruck ihrer Vorgängerin. Über das Buch selbst vgl. meine Besprechung in diesem Zentralblatt 1902, S. 642—644. Gaupp.

Das durch große Reichhaltigkeit ausgezeichnete „Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater“ ist in dritter Ausgabe erschienen (M. Gelsdorf, Eberswalde bei Berlin, geb. M. 6.—). Diese ist um manches Neue erweitert. Als ich Stichproben machte, fand ich auch Unrichtiges. So auf S. 174, wo von einer Unterscheidung zwischen „Demenz“ und „Paralyse“ nach Nißl gesprochen wird. Gemeint ist natürlich nicht die „Demenz“, sondern die senile Demenz. Die psychiatrisch völlig verfehlten Darlegungen S. 169 (Reflektorische Symptome bei Hysterie), sollten künftig wegbleiben. Gaupp.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Zentralblatt für **Nervenheilkunde und Psychiatrie.**

33. Jahrgang. Erstes Februarheft 1910. Neue Folge 21. Bd.

I. Originalien.

Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn.

Von Dr. **Max Löwy**, Nervenarzt in Marienbad,
früherem klinischen Assistenten der Prager deutschen psychiatrischen Universitätsklinik.

In seinem Vortrage „Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia“, gehalten auf der Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater zu Erlangen am 10. Juni 1908 (erschieden in Gaupp's Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1908, zweites Oktoberheft), hat G. Specht den Querulantenwahn dem manisch-depressiven Irresein eingeordnet.

Indem er den Querulantenwahn, das seinerzeitige Kraepelin'sche Paradigma der chronischen, systematisierenden Paranoia, als Vorbild festhält, nimmt Specht Selbstüberschätzung, Kampfeslust, eine gewisse manische Erleichterung der assoziativen Tätigkeit und vor allem Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, resp. Größenideen als entscheidende Kennzeichen paranoischer Zustandsbilder an. Gestützt auf Kraepelin's und seiner Schule grundlegende Feststellungen über das manisch-depressive Irresein und die Mischzustände desselben, erklärt er mit vielfach glänzender Beobachtung und sicherer Betonung des Wesentlichen die sogenannte Querulantenparanoia als eine Querulantenmanie. Er deckt die Verwandtschaft solcher und anderer sogenannter paranoischer Zustandsbilder zur chronischen Hypomanie auf, resp. zur periodischen Manie „mit andauernder in den Intervallen fortglimmender Erregung“, weiter zur periodischen Manie mit melancholischem Einschlag, endlich zu den gestreckten Zustandsbildern bestimmter Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins, welche als chronische Paranoien imponieren, wenn man nicht genauer den grundlegenden Stimmungsanomalien nachgeht.

Specht erklärt das Zustandekommen von Verfolgungsideen (neben Größenideen) für die verschiedenen Fälle verschieden. Einmal durch das „Kampfbild“ des pathologischen Querulantentums bei der Querulantenmanie; ferner durch fortglimmende Erregung periodisch manischer Grundzustände in den ruhigeren Zwischenzeiten; oder bei der chronischen Manie für gewisse Fälle durch periodisch und endogen auftretende Stimmungsmischun-

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

gen des manischen Grundzustandes mit den depressiven Abänderungen des Exaltationszustandes (morosen, zornmütigen oder mißtrauischen Charakters) zu einer feindseligen, mißtrauischen, eifersüchtigen, nörgelnden, händelsüchtigen Stellungnahme zur Außenwelt mit mehr und mehr Verdichtung zu „Verfolgungsideen“; „und das Paranoiabild ist fertig“, meint Specht. Für jene Paranoiavarietät, welche ganz allgemein als die typische Grundform angesehen wird, hält er die melancholische Komponente für ausschlaggebend. Diese Fälle, welche nach der richtigen Beobachtung der alten Psychiater mit einem depressiven Stadium beginnen, seien Mischzustände mit vorwiegend depressiver Stimmungsfärbung, „wo der manische Einschlag es ist, der das Selbstgefühl hebt und in der Wahnbildung als treibendes Element funktioniert“.

In einer älteren Darstellung hat Specht die zentrale Stellung des Ich in den Wahngedanken der Paranoiker, die Entwicklung des Wahnes nur nach zwei Richtungen, nämlich in der Richtung der Verfolgung und der Selbstüberhebung, und endlich die Kampfeslust betont. Er hat aber auch im Gegensatze zu seinen neueren Ausführungen „die Eigenbeziehung“ beachtet. Er spricht einen aus Lust und Unlust, aus Depression und Exaltation gemischten Gefühlszustand, nämlich das Mißtrauen, als die günstigste Stimmungslage für die Eigenbeziehung an.

Daß die manischen Querulanten unter den bisher anders aufgefaßten nicht so selten sind, muß man Specht ohne weiteres zugestehen. (Als manisch könnte man wohl auch den bäuerischen Prozeßhansel im Witzblatte bezeichnen, der nach gewonnenem Prozesse erklärt, er rekurre, damit die Herren beim Obergericht auch wissen, daß er Recht hat.)

Aber es gibt auch Querulanten nichtmanischer Natur, eben von ganz anderem Entwicklungsgange. Bei diesen entwickelt sich der Wahn der rechtlichen Benachteiligung im Anschlusse an ein den Kranken in Wirklichkeit oder ihrer Meinung nach geschehenes schweres Unrecht — auf der Basis eines im allgemeinen neuropathischen (gelegentlich hysterischen) egozentrischen, stark affekterregbaren Grundtemperamentes. Unterstützend wirkt die besonders unter dem Einfluß von Affekten sich steigernde Neigung der Neuropathen zur raschen intuitiven Konstruktion von Zusammenhängen, wo solche gar nicht bestehen (sogenannter Kurzschluß der Assoziationen). Die hohe Affektanregbarkeit, die Neigung zu intensiven Affekten (zur Nachdauer der Affekte und zum Wiederkauen affektbetonter Erlebnisse) und der starke Drang nach Entladung der Affekte, kurz die „Affektkonstitution“ vieler Neuropathen treibt ihre Träger zum Festhalten oder Durchsetzen und Ausfechten ihrer Ansprüche und vermeintlichen Rechte, und zwar um so hitziger, je mehr sie auf Widerstand stoßen. Es kann nun an ein solches

Temperament, seinen Neigungen Nahrung gebend, ein besonders erregendes Ereignis herantreten, mit welchem der Betreffende aus äußeren oder inneren Gründen nicht fertig werden kann, welches er nicht verdauen und nicht verkauen kann, dessen Affekt zu entladen oder auf andere Weise durch Abregung, Zu-Ende-Denken usw. zu erledigen, er nicht imstande ist. Dann wird „dieses Erlebnis mit unerledigtem Affekt“ nicht selten zum Ausgangspunkt und zum dauernden zentralen Kern des weiteren Denkens, Fühlens und Handelns. Der betreffende Gedankengang und sein unerledigter Affekt bestimmen fortan ganz einseitig Denkrichtung und Affektrichtung, entwickeln und dirigieren Beziehungsideen und Beeinträchtigungsideen in ihrem Sinne.

Als Beispiele mögen einige Fälle dienen, darunter zwei der Prager deutschen psychiatrischen Klinik; für die Erlaubnis, diese zu verwerthen, bin ich dem Vorstande der Klinik, Hofrat Prof. A. Pick, herzlich verbunden.

Ein gänzlich unbescholtener, gewissenhafter, verheirateter Beamter einer städtischen Behörde, in mittlerem Alter, hat in seinem Amte Unterschleife — wie er glaubt von großem Umfange — entdeckt. Er bringt dies seiner vorgesetzten Behörde zur Anzeige. Eine entsprechende Untersuchung seiner Angaben soll nicht erfolgt sein. Bald darauf wird er von seinem Posten in einen anderen, schlechter dotierten, versetzt. Nach kurzer Zeit, als er auch an seiner neuen Stelle dieselben Manipulationen, die ihn aber zu dieser Zeit noch nicht persönlich berühren, entdeckt zu haben glaubt, wird er von Stelle zu Stelle versetzt, und wie er annimmt, in immer schlechtere Stellungen, ohne daß, seinen Angaben nach, auf seine Anfragen, Beschwerden usw. hin je etwas Entsprechendes erfolgt wäre. Er sah nun überall Unterschleife, Beziehungen und Zusammenhänge mit seiner Entdeckung und glaubte, man wolle die Aufdeckung durch seine Versetzungen verhindern. Er gelangte dahin, einen bestimmten Vorgesetzten als den Urheber dieser Unterschleife, seiner Schikanierungen und Versetzungen anzuschuldigen. Es kam daraufhin auch zur Inanspruchnahme der ordentlichen Gerichte und zur Verbringung des Patienten in gerichtsärztliche Begutachtung. Dasselbst wurde das Zustandsbild, wohl zu Unrecht, als chronischer Alkoholismus beurteilt und der Patient wieder entlassen und anschließend von seinem Posten enthoben. Er kam bald zur Meinung, daß ein ganzes Komplott seiner Vorgesetzten gegen ihn vorliege, um ihn wegen der Entdeckung der Unterschleife unschädlich zu machen. Auch die Gerichte, den beurteilenden Fachpsychiater und die Gerichtsärzte bezog er ein. Mit dem Ausbleiben der Bezüge von seiner städtischen Behörde und mit der steigenden Notlage seiner Familie steigerte sich seine Erregung, und er schoß endlich den vermeintlichen Nutznießer aller dieser Machenschaften und Urheber seines Unglückes auf der Straße nieder.

Daraufhin an unsere Klinik gebracht, hielt er durchaus an der Gerechtigkeit dieser seiner Abwehr fest. Er erklärte sich für gesund und unter hohem Affekte bereit, die Folgen seiner gerechten Handlung zu tragen. Während seines ganzen nun durch Jahre dauernden Aufenthaltes an der Klinik ist er gänzlich

7*

uneinsichtig für die Unangemessenheit seiner Tat. Für die traurigen Konsequenzen, welche diese Tat ihm und seiner Familie gebracht hat, macht er seine Peiniger verantwortlich. Er gerät, an die betreffenden Vorfälle erinnert, in höchsten Affekt und im Affekt dahin, jeden, der seiner Entdeckung der Unterschleife oder der Richtigkeit seines Vorgehens widerspricht, als bestochen oder irgendwie interessiert zu bezeichnen. Gar bald sind in der Hitze des Gefechtes der Chef der Klinik, die Ärzte, die Richter der ordentlichen Gerichte, auch die Minister und Abgeordneten seiner Nation, welche natürlich den nationalen Stadtrat decken mußten, verdächtig, mit dem Stadtrate bei der Unterdrückung seiner Beschwerde unter einer Decke zu stecken. Das alles wird mit mehr oder minder möglichen Argumenten gestützt. Diese Ansätze weitergehender Systematisierung zerfallen sofort und weichen wenigstens bezüglich der Umgebung auf der Klinik alsbald der richtigen Einsicht, sobald man nur den Affekt abklingen und den Kranken sich beruhigen läßt (ähnlich wie bei hysterischen Frauen rasch Beruhigung und damit Einsicht für die Verstiegenheit ihrer Annahme von der Feindseligkeit anderer und für die Ungeheuerlichkeit ihrer Anschuldigungen eintritt, nachdem sie „gründlich ihre Meinung gesagt haben“). Bestehen bleibt bei unserem Patienten der gefestigte Kern, welcher die Richtigkeit seiner Entdeckung der Unterschleife, den von ihm erschossenen Feind und Peiniger und den Stadtrat betrifft.

Nach einiger Zeit hören die Versuche auf, durch Eingaben seine Sache wieder in Fluß zu bringen, er ist an der Klinik gänzlich geordnet, sehr fleißig als Schreiber und in der Buchführung tätig, interessiert sich für die Angelegenheiten der Klinik und macht hie und da den berechtigten Versuch, auf dem Wege der Klinik die materielle Lage seiner Familie zu bessern.

Der Patient zeigt in den Jahren seines Aufenthaltes an der Klinik durchaus keine Stimmungsanomalien im Sinne des manisch-depressiven Irreseins. Er entwickelt nur hier und da in den Grenzen der Norm liegende Antipathien und schmolzt kurz dauernd mit denjenigen, welchen seine Antipathien gelten. Das geschieht besonders dann, wenn er glaubt, daß ihm irgend etwas Ungerechtfertigtes an Arbeit usw. zugemutet wird. Diese Antipathien und sein Schmolzen haben nur Zusammenhang mit dem jeweiligen Vorfalle und mit seiner Tätigkeit an der Klinik und gar keine Beziehungen zu jener Affäre, welche seine Einbringung veranlaßt hat.

Es ist zwar die Entwicklung unbegründeter Antipathien besonders gegen die nächste Umgebung und die eigenen, sonst geliebten Angehörigen bei Melancholischen und Manischen (Pilcz) und für die Zykllothymen (Wilmanns) berichtet.

Man wird aber hier allein in den Antipathien beim Fehlen aller anderen Symptome gewiß keine Kennzeichen des manisch-depressiven Irreseins erblicken können. Ebensowenig besagen in diesem Punkte natürlich die hohe Affekterregbarkeit, die Nachdauer der Affekte des Patienten usw., welche unter den besonderen Umständen des Falles zur Tötung des „Feindes“ geführt haben.

Der Patient entwickelte an der Klinik weiterhin keine Beziehungsideen, keine Beeinträchtigungsideen oder sonstige Wahnideen. Er zeigte keine Halluzinationen und auch von Anfang an keines der Kennzeichen des chronischen Alkoholismus oder überhaupt des Alkoholmißbrauches. Auch hat nicht etwa die obligate Alkoholabstinenz der Klinik, sondern es haben vor allem die jahrelange Detention, die Ausschaltung von den Erregungen des freien Lebens und vom

Kampfe um seine Stelle und nicht zumindest die Vernichtung seines Hauptfeindes und Peinigers, d. i. die Entladung seiner gekränkten Gefühle in einer schweren Tat, zur Beruhigung geführt. Es findet sich zurzeit an ihm nichts Pathologisches mehr als das vorher geschilderte Verhalten während des Krankenexamens.

Wir können schließen: es liegt hier vor ein Krankheitsbild der überwertigen Idee (im Sinne Wernicke's s. u.) ohne alle Zeichen des manisch-depressiven Irreseins auf Grund eines besonderen Erlebnisses und der besonderen Affektkonstitution des Trägers.

Nun noch ein Fall der eigenen Praxis (F. Z., 20. VI. 1905). Ein 38jähriger Musiker konsultierte mich im Jahre 1905 wegen Schmerzen im linken kleinen Finger, besonders bei längerem Üben und beim Spielen im Freien. Er hält die Störung für einen Violinspielerkrampf und beschuldigt vor allem „nervöse Erregungen“. Er gibt zu, die Störung (eine ganz leichte Frostbeule, welche besonders an kalten Tagen Schmerzen macht) sei nach längerem Spielen im ungedeckten Musikpavillon während der kalten Tage im Mai 1903 aufgetreten. Jedoch meint er, „jahrelange Kränkungen“ haben ihn schon vorher stark geschädigt. Sein früherer Musikdirektor (Z.) hier im Orte habe ihn zum Primgeiger ausgesucht, weil der gesehen habe, daß er (Patient) ein großes Talent habe, fleißig sei und vorwärts strebe. Er habe bis zum Freiwerden eines kontraktmäßigen Platzes vorläufig ohne Kontrakt im ganzen durch vier Jahre unter den ersten Geigern gespielt. Außerdem sei er 18 Winter lang in einer Landeshauptstadt als Primgeiger im Stadttheater tätig mit Kontrakt: „Da kann eben niemand daran rütteln, wenn es schriftlich festgelegt ist.“ Im Jahre 1897 kam ein neuer Musikdirektor (Sch.) hierher. 15 Winter lang hatte er unter eben diesem Direktor im Stadttheater in der Landeshauptstadt L. als Primgeiger gespielt. In der hiesigen Kapelle sei es unter dessen Leitung noch ein Jahr lang beim Alten geblieben. Er (Patient) spielte weiter als Primgeiger, bis sich der Direktor hier umgesehen und die Verhältnisse kennen gelernt hatte. Dann wurden zwei neue Primgeigerstellen systematisiert. Die eine wurde einem Konservatoristen gegeben (was Patient korrekt findet) und die andere einem „Protektionskinde“. Patient aber mußte zurück, wurde wieder unter die Sekondgeiger versetzt. Der jetzige Direktor sei eben nicht so charaktervoll wie der frühere. Der jetzige läßt sich lenken — es sind immer 3—4 Bevorzugte, man nennt sie das Ministerium —, wer Protektion hat, wird bevorzugt, und die Verwandten des „Buben“ (sc. des einen neuangestellten Primgeigers) sitzen in der Musikkommission, sind Hausbesitzer, Stadträte, einflußreiche Leute.

Patient muß über Befragen zugeben, daß er durch diese Versetzung keine materielle Einbuße erlitt, „aber wenn man jung, talentiert und strebsam ist, ist man auch ehrgeizig“. (Eine Erkundigung an sachverständiger, unbeteiligter Stelle ergibt mir, daß Patient mäßig begabt, außerordentlich ernst und fleißig ist, unausgesetzt übt und unter den örtlichen Verhältnissen wohl befähigt scheint, die Stelle eines Primgeigers auszufüllen.) Patient fährt fort: Damals, als ihm dieser „Hieb“ versetzt wurde und er wieder nach Sekond zurück mußte, sei es wie ein Blitzschlag in ihn gefahren, er habe sich noch vier, fünf Jahre darüber gekränkt, „so eine Zurücksetzung die wurmt inwendig“. Der Direktor habe seine,

des Patienten, Niedergeschlagenheit wohl gesehen und daß er ihn (Patienten) gekränkt hat. Daß er ihn zurückversetzt hat, war aber noch nicht genug. Von der Zeit ab habe der Direktor ihn auch vor den Kollegen lächerlich gemacht, „das war noch der größte Schmerz, das hätte er nicht tun sollen“. Sprechen hat sich der Direktor von ihm nie lassen und bei jeder Gelegenheit versuchte er, ihn niederzudrücken und ihn vor den Kollegen lächerlich zu machen. Nach so einem Versuche des Direktors habe er immer acht Tage nichts gegessen. Der Direktor wolle halt sein Unrecht nicht zugeben und drücke ihn deswegen. Wenn der ihn hätte auf Prim sitzen lassen, würde ihm (Patienten) heute nichts fehlen, sondern er wäre gesund; „es schwächt und stärkt die Nerven, wenn man einen Musiker zurücksetzt oder vorzieht“. Vor zwei Jahren, bevor das mit dem Finger begann, habe er sich wieder zum Probespiel auf Prim gemeldet, der Direktor habe es aber in die Länge gezogen, weil er ihn (Patienten) absolut nicht will. Dann sei das mit dem Finger dazwischen gekommen, so daß er (Patient) nicht üben konnte und sich nicht hinzugehen getraute. Der andere, das Protektionskind, sei heute schon Konzertmeister und sei nicht Konservatorist, und doch habe seinerzeit der Direktor einem Freunde des Patienten, der sich für den Patienten verwendete, erklärt, für diesen Platz als Primgeiger könne er einen Konservatoristen haben, und habe Patienten auf den zweiten Platz versetzt. Patient gibt zu, dieser Konzertmeister spiele sehr gut, er (Patient) wundere sich auch nicht, daß der Bursche so spielt, das seien eben nur die Nerven, „wenn der Direktor dem so auf der Kappen säße wie mir, könnte der Bursche nicht so spielen, weil er Angst bekäme“. „Der Bursche hat sich durch das Primspielen so ausgebildet. Es ist gerade so, wie wenn man zwei Tauben ausläßt und der einen davon bindet man die Flügel; ich bin eben durch das Sekondspielen so gehemmt.“ Der Direktor sei auch im Gegensatze zu seiner sonstigen allgemein bekannten Höflichkeit gegen ihn (den Patienten) bei der Meldung zum Probespiel auf Prim so barsch gewesen, daß sich Patient durch mehrere Tage nicht erholen konnte und sich wieder nicht traute.

Gefragt, ob der Direktor das mit Absicht getan habe, als Antwort: „Es wäre dem Direktor lieber, wenn er mich nicht sieht bei den ersten Geigern, (mit steigendem Affekt) wenn man einen zurückgesetzt hat, dann will man das Unrecht nicht ausblühen lassen.“ Er probiere sich auf der Gasse hunderttausendmal, ob er zum Primgeiger taue. Gefragt, wie er das mache: das mache er innerlich. In L. sei er unter demselben Direktor immer Primgeiger, und hier sei er zum zweiten Geiger zurückversetzt worden. In L. bleibe er eben immer erster, weil das seiner Leistung entspricht und weil dort kein Protektionskind ist, und vor allem, weil er Kontrakt hat.

Es sind verschiedene Kollegen, die dem Direktor zu Gefallen gehen und ihn (Patienten) gerne hänseln möchten, die sekkieren einen ein bißchen und möchten am nächsten Tage schon wieder mit einem reden, wie wenn nichts geschehen wäre. Er verkehre aber mit niemandem mehr, der ihm einmal etwas getan habe, er habe eben einen „eisernen Charakter“, das liege schon in der Familie. Gefragt, ob er den Eindruck hatte, als ob es eine Gruppe von Kollegen sei, die es auf ihn abgesehen habe, nach längerem Überlegen: „Sagen wir ‚nein‘, das ist schon so in einem Orchester.“ Gelegentlich berichtet Patient mit frischem Affekt, der Direktor mache sich über ihn lustig, spreche von musikalischem Jagdhunde, oder das Stück begann mit ihm (Patienten), der Direktor

habe ihm aber kein Zeichen gegeben, die anderen fingen ohne ihn an. Einwände erkennt er nicht an. Auch beschwert sich Patient, daß er zum Notenschreiben verwendet werde (obzwar er zugeben muß, daß dies eine bezahlte und daher nicht unbegehrte Beschäftigung ist), behauptet, er spüre danach Schmerzen in der Hand.

Das ganze Wesen des Patienten ist gereizt, mißtrauisch, sein Lachen „paranoisch“-ironisch, eben das überlegene Lachen des Besserwissens, sobald man auf diese seine Affäre zu sprechen kommt. Sonst ist der Grundzug des Charakters hypochondrisch-asthenisch. Kein Alkoholmißbrauch, höchstens 1—2 Glas Bier täglich. Keine hereditäre Belastung.

Über meinen Rat arbeitet Patient hier nicht weiter als Sekondgeiger, sondern auf seinem zweiten Instrumente als Bläser. Bald meint er aber, das Blasen strengt ihn an, „der“ hat Proben zusammengestellt, worin ich viel zu blasen habe, und da fühle ich mich angestrengt. Patient muß jedoch zugeben, daß diese Beschwerden bei Neuverwendung im Blasen die Regel sind.

Unter Beibehaltung des Blasinstrumentes und unter entsprechender Behandlung tritt eine starke Gewichtszunahme um 9 kg in drei Monaten ein. Der etwa mittelgroße Mann kommt 1905 vom Anfangsgewicht 53,600 auf mehr als 62 kg, im Sommer 1906 kommt er auf 67,700 und im Jahre 1907 auf 69,900 und wiegt im September 1909 69,900 trotz höchst anstrengender Berufstätigkeit. Die verschiedenen kleinen nervösen Beschwerden treten zurück, die Stimmung wird besser, die Gemütsverfassung ruhiger, die Schmerzen im kleinen Finger der linken Hand werden weitaus gemildert.

Jedoch noch im Jahre 1907 findet er, daß der Direktor ihn „hänseln und papierln“ will. Wenn er, Patient, die Macht hätte, würde er dem Direktor ordentlich Bescheid sagen; meint, er werde schon einmal mit ihm „zusammenrechnen“. Er kämpfe mit dem Direktor „innerlich“, seit er ihn zurückversetzt hat; und wenn ihm der Direktor etwas tun kann, tut er das, aber wenn er meinen Bruder trifft, lobt er mich, daß ich so pünktlich und fleißig bin, wenn ich jedoch gerade einmal etwas zu spät komme, so macht er gleich Bemerkungen, und bei den anderen sagt er nichts.

Patient malt sich aus, was er dem Direktor alles sagen würde, wenn der ihn einmal entließe, und meint: „Das wäre Balsam für meine Nerven, wenn mein Bruder im Nebenzimmer säße und ich dem Direktor ablesen könnte, was er mir mit diesen ‚Kleinigkeiten‘, durch dieses Nörgeln für einen Schlag versetzt hat, was er mir alles getan hat.“ Über Einwendungen meint Patient: er sei eben empfindlich wie ein Mensch, der auf sich hält, und gesteht, er glaube, daß der Direktor es absichtlich macht. In Andeutungen läßt Patient durchschimmern, „um ihn (Patienten) krank zu machen“. Der Direktor habe eben zuviel Macht hier, „jetzt“ hat er „den“ (sc. 1897 das Protektionskind) hingesetzt, damit es für ihn, den Direktor, schöner aussieht bei den Einheimischen, und ich muß meinen Platz hergeben, weil ich nur ein Bauernsohn bin.“ (Bemerkung aus 1907). „Ich habe vier Sommer auf dem Platze gesessen, das geschieht sonst keinem Musiker“ (gekränkt und erregt vorgebracht).

Ein anderes Mal, immer von selbst auf diese Affäre zurückkommend, „das ist bloß, weil ich keine Protektion habe, weil ich bloß vom Dorfe bin, man ist bloß ein einziges Mal jung, es dreht sich nicht ums Geld“.

Im September 1909 ist Patient noch immer wegen seines Fingers besorgt,

der ihm keine Beschwerden mehr macht. Mit dem Direktor stehe er jetzt gut, seit zwei Jahren etwa. Natürlich gebe er (Patient) sehr acht, komme nie zu spät und beachte besonders, daß ihm beim Spiel nichts passiert. Passiert sei in diesen Jahren überhaupt nichts, sonst hätte der Direktor wohl jede Kleinigkeit ausgenutzt.

Der Patient hält wohl bei darauf gerichtetem Befragen an seinen früheren Anschauungen bezüglich dieser Affäre fest, entwickelt aber gar keinen besonderen Affekt mehr dabei und kommt von selbst auch bei längerer Beobachtung nicht mehr darauf zurück. In seinem Denken spielt diese Affäre kaum mehr eine besondere Rolle. Der Patient hat sich unter entsprechender Beratung, bei Hebung seines Allgemeinbefindens und Besserung aller seiner nervösen Beschwerden in seine Lage gefunden. Ein anderes erschütterndes Ereignis im September 1908 mit monatelangen, sehr berechtigten Sorgen bis zur Verzweiflung (Suizidgedanken) und endlich günstigem Verlauf und Ausgang hat überdies den Sorgen- und Interessenkreis des Patienten ganz anderswohin gewendet. Auch da haben sich anfangs Ansätze von Beziehungsideen mit diesem neuen Erlebnis als Kern gezeigt — durch verallgemeinernde Exoprojektion im Sinne des herrschenden Gedankenganges, „der oder jener sähe aus, als ob er davon wüßte“ usw. —, sind aber unter entsprechender Beratung und Aufklärung sehr rasch zurückgetreten.

Mit Ausnahme einer gewissen hypochondrischen Besorgtheit bei einem plötzlichen Herztode in seinem Bekanntenkreis, „etwas Ähnliches könnte auch ihm drohen“ (Kurzschluß der Assoziationen), und der hier und da exazerbierenden Sorge um seinen linken kleinen Finger (Patient spielt wieder dauernd als Geiger) ist er wohl als gesund zu bezeichnen.

So entstandene Krankheitsbilder, wie die beiden eben geschilderten, haben sicherlich mit dem manisch-depressiven Querulantenwahn nichts zu tun. Sie gehören in das Gebiet von Wernicke's „überwertigen Ideen“ und entsprechen seiner „zirkumskripten Autopsychose“. Heilbronner¹⁾ und ich²⁾ haben dieses Krankheitsbild ausdrücklich den Neurosen angereicht.

1906 äußert sich Bleuler ziemlich eingehend über die Frage des Querulantenwahns (E. Bleuler, „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia“, 1906, Halle a. S., Marhold). Seite 134—135 führt er aus: Eine besondere Art der Paranoiker bilden die Querulanten. Hier wußte man schon lange, daß ein wirklich erlittenes Unrecht oft den Anlaß zum Ausbruch der Krankheit gibt; sowie nach Störring Verfolgungswahn auch aus begründetem Mißtrauen entstehen kann. Dagegen mag es gut sein, hervorzuheben, daß das Querulieren ein Symptom vieler Krankheiten ist und sogar bei Leuten vorkommt, die wir noch nicht als geisteskrank bezeichnen dürfen. Die meisten Querulanten liefert nach meiner Erfahrung, sagt Bleuler, die Dementia praecox, dann erst kam die Paranoia querulatoria, ferner querulieren Submanische gern; im Vorläuferstadium der Paralyse ist das Symptom

¹⁾ K. Heilbronner, Hysterie und Querulantenwahn, Gaupp's Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Nr. 247, 2. Oktoberheft 1907.

²⁾ Max Löwy, Das Krankheitsbild der überwertigen Idee und die chronische Paranoia. Vortrag im Deutschen naturwissenschaftlich-medizinischen Verein „Lotos“ für Böhmen (medizinische Sektion) am 10. III. 1908; erschienen Zeitschrift „Lotos“, Bd. LIX, Heft 5, Maiheft 1908.

nicht ganz selten; dann gibt es die nicht als krank zu bezeichnenden Leute, die aus intellektueller Beschränktheit oder aus übergroßer Empfindlichkeit die Rechte anderer nicht begreifen können. Die letzteren beiden Klassen sind in manchen Fällen nicht so leicht von den paranoischen Formen abzugrenzen. Es muß natürlich auch alle Übergänge von den geistesgesunden Querulanten zu den paranoischen geben.

Seite 120 äußert Bleuler die Überzeugung, daß im Gegensatz zu Wernicke, welcher das affektvolle Ereignis fast allein in den Vordergrund stellt, eine spätere Untersuchung für die meisten Fälle noch eine konstitutionelle Disposition und zweitens noch eine Kette von Freud'schen prädisponierenden Erlebnissen nachzuweisen haben wird. „Die konstitutionelle Disposition wird erklären, warum gerade diese Person an Paranoia erkrankt, der Freud'sche Komplex soll uns sagen, warum gerade das kritische Erlebnis die Paranoia hervorgebracht hat.“

Seite 125 betont Bleuler unter den Möglichkeiten einer Disposition für die Paranoia die, daß gewisse Gemütskonstitutionen leichter als andere einen gewissen Konflikt mit dem Schicksal herbeiführen. Der Kampf mit dem Schicksal kann, wie schon die Verschiedenheit der Beispiele andeuten mag, durch verschiedene Kombinationen von Gemüts- und Charaktereigenschaften bedingt sein, ja auch der auslösende Einfluß der äußeren Ereignisse kann fehlen oder andererseits sehr mächtig sein; es ist ja zur Entwicklung der Paranoia meist ein psychisches Trauma nötig. Dann muß noch ein Grund vorhanden sein, der die Wahnidee unterhält, sie unheilbar macht und vielleicht noch ein vierter, der verursacht, daß sie nach und nach immer weitere Kreise zieht.

Seite 138 erklärt Bleuler, daß es auch verschiedene Typen (von Menschen) geben muß in bezug auf die Reaktionsweise gegenüber stark gefühlsbetonten Vorgängen. „Leider sind sie noch nicht studiert, es ist aber ganz gut möglich, daß von einer solchen Eigentümlichkeit abhängt, ob ein Individuum hysterisch oder paranoisch wird, oder eine andere vorläufig als funktionell angesehene Psychose bekommt.“

Auch K. Bonhoeffer (Breslau) „Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen“, Halle a. S., Marhold, 1907, berichtet Seite 18: Über eine Gruppe Degenerierter vom Typus des Querulantenwahns. „Bei diesem (Typus) finden wir schon lange vor dem Ausbruch der psychischen Episode infolge einer ab ovo bestehenden Temperamentsanomalie die Neigung zu einer Disharmonie in der Dynamik der Vorstellungen, in dem Sinne, daß bestimmte Vorstellungsgebiete von einem dauernden Affektüberschuß begleitet sind, so daß Gegenvorstellungen nicht die entsprechende Betonung finden. Es sind das die Individuen, die im Leben den Eindruck der Halsstarrigkeit, Unbelehrbarkeit, der fanatischen Verbortheit machen. Hier kommt es aus beliebigem Anlaß zur Bildung von überwertigen Ideen im ursprünglichen Sinne Wernicke's, d. h. zu Ideen, die infolge ihrer starken Affektbetonung zu ausgesprochen psychotischen Symptomen, zu positiven und negativen Erinnerungsfälschungen, zu krankhafter Eigenbeziehung und Erklärungswahnideen im Sinne der beherrschenden Idee führen.

Gerade die Gefängnisse sind außerordentlich geeignete Orte, um bei dieser Anlage paranoische Zustandsbilder hervorzurufen, die durchaus dem Bilde des Querulantenwahns entsprechen. Irgend ein Erlebnis — sei es die Beobachtung von Unregelmäßigkeiten in der Diensterrfüllung der Beamten, oder eine vermeintliche direkte Schädigung der eigenen Interessen, vor allem die Verurteilung selbst,

häufig aber auch kleinere Erlebnisse im Anstaltsbetriebe — gibt den Mittelpunkt für die Entwicklung eines Beeinträchtigungssystems ab. Es treten krankhafte Eigenbeziehungen der Wahrnehmungen im Sinne der überwertigen Ideen ein; die Erinnerung wird entsprechend gefälscht; Arbeitsverweigerung, querulierende Schreiben, Strafanträge, Meineidsanschuldigungen sind die Folge. Der Kranke wird dauernd erregt, schläft schlecht und kommt körperlich stark herunter. Mitunter genügt schon die Versetzung in die Beobachtungsstation, um unter starker Hebung des Körpergewichtes das Abblassen der Wahnvorstellungen eintreten zu lassen.“

Aus einem anderen Gebiete querulatorischer Betätigung stammt eine jüngst erschienene Arbeit: Kurt Mendel (Berlin) „Über Querulantenwahnsinn und Neurasthenia querulatoria bei Unfallverletzten“, Neurologisches Zentralblatt, 1. Nov. 1909, Nr. 21. Gemeint sind — der schwereren Paranoia querulatoria gegenüber — leichtere Fälle, welche auf der Grenze zwischen Neurasthenie und Paranoia querulatoria stehen. Seite 1149 und 1150 führt Mendel darüber aus:

1. Alle diese Fälle sind charakterisiert durch den besonders stark hervortretenden querulatorischen Zug. Die Verletzten beruhigen sich nie mit dem Bescheide der ersten Behörden, legen Berufung und Rekurs ein, versuchen überall wo es nur geht, etwas „herauszuschlagen“. Ihre Klageschriften zeigen das charakteristische paranoide Gepräge mit dem Anklang an juristische Schriftstücke.

2. Diese Unfallverletzten zeigen ein mürrisches Wesen, sie sind mit allem unzufrieden, nörgeln an allem herum, führen Klage über die Einrichtungen und das Essen der Klinik, fügen sich schlecht der Disziplin, hetzen die anderen Kranken auf und müssen nicht selten wegen ungebührlichen Betragens gegenüber dem Arzt und dem Pflegepersonal aus der Klinik vor der Zeit entlassen werden, oder sie verlassen dieselbe mutwillig.

3. Allen gegenüber ist jegliche angewendete Therapie machtlos. „Nach dem Elektrisieren wird es immer schlechter, die Einpackungen verursachen starke Beschwerden.“ Eine wahre Freude bereitet es ihnen, wenn sie dem Arzte am Schlusse der Woche bei der Visite melden können, daß sie an Körpergewicht nicht zugenommen oder gar abgenommen haben.

4. Alle übertreiben ihre Beschwerden, viele simulieren usw.

5. Zumeist treten die querulatorischen Vorstellungen in größerer Stärke erst längere Zeit nach dem Unfall auf, nachdem Prozesse Abweisungen von Anträgen und Berufungen usw. dem Verletzten häufige Enttäuschungen gebracht haben. Oft schließt sich an die Zeit der ersten posttraumatischen, neurasthenischen Beschwerden ein längerer oder kürzerer Zeitraum mit relativem Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit an und erst dann — oft wohl infolge psychischer Infektion seitens anderer Unfallverletzter — setzt der Rentenkampf in seiner ganzen Stärke ein.

6. Zeichen organischer Erkrankung fehlen; zumeist bestehen — als Ausdruck allgemeiner Nervenüberreizung: Lebhaftigkeit der Reflexe, Zittern der Zunge und Hände, Pulsbeschleunigung und Dermographie.

Mendel betrachtet diese Erkrankungen nicht als Folgen des Unfalls, sondern als Folgen des Unfallgesetzes, als „Neurasthenia querulatoria durch das Unfallgesetz“, als Rentenkampfneurose“ (S. 1150) und stellt ihnen die „Krankenkassen-neurastheniker“ mit Begehrungsvorstellungen als verwandt an die Seite (S. 1148).

K. Wilmanns (Heidelberg) — „Gefängnispsychosen“ (Alt'sche Sammlung

1907) und „die klinische Stellung der Paranoia“ (Vortrag gehalten im Mai 1909 auf der Versammlung der südwestdeutschen Psychiater) — hat ausdrücklich den Querulantenwahn als eine „Entwicklung“ der psychopathischen (degenerativen) Anlage angesprochen. Er hat in seiner Gruppe der psychopathischen Konstitutionen und deren Entwicklungen: die Zykllothymien (auch konstitutionelle Verstimmung und konstitutionelle Erregung), das manisch-depressive Irresein, die Neurosen, die Paranoia aufgenommen und auch die Übergänge und Mischungen der verschiedenen Ausdrucksformen der degenerativen Anlage nicht außer acht gelassen.

Hierher gehört auch noch einiges aus Oswald Bumke (Freiburg) „Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins“, Gaupp's Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1. Juniheft, 1909.

Seite 398 stellt Bumke fest, daß innere und hereditäre Beziehungen zwischen dem manisch-depressiven Irresein, der Paranoia, der Hysterie und allen nervösen Entartungszuständen überhaupt bestehen.

Seite 397. „Die Stimmungsschwankungen der Manisch-Depressiven, Hemmung und Erregung, die Suggestibilität und hypochondrischen Neigungen der Hysterischen, die Kampfeslust des Querulanten und so vieles andere, was hierher gehört, das sind alles Dinge, für die der Gesunde Analoga in seinem eigenen Bewußtsein besitzt und die er nur deshalb — je nach seiner persönlichen Anlage, der eine mehr diesen, der andere mehr jenen Zug — verstehen und nachempfinden kann.

Dazu kommt als ein zweites durchgehendes Band, daß sich eben diese Psychosen klinisch sehr häufig mischen und verbinden, daß Übergänge zwischen ihnen vorkommen und daß manische, melancholische, paranoische und hysterische Krankheitszüge bei schwer belasteten Menschen zuweilen zu Symptomenkomplexen zusammentreten, die eine einfach schematische Diagnose schlechterdings unmöglich machen.

Seite 399 führt Bumke nach Möbius an: „Je mehr man sozusagen eine endogene Störung verdünnt, durch Zusatz von Gesundheit, umsomehr verwischen sich die Grenzen. Schließlich gibt man das Unterscheiden auf und spricht nur von „Nervosität“, obwohl diese im Grunde nichts einheitliches ist und der aufmerksame Beobachter bei den Nervösen, die paranoischen, die manischen und andere Elemente oder Züge noch sehr wohl erkennen kann“. Bumke faßt Seite 401 zusammen: „Es ist viel natürlicher, in allen diesen Psychosen Spielarten der ererbten nervösen Entartung zu sehen, denen allen die Beziehung zur normalen Psychologie gemeinsam ist. Die Entartung bringt Eigenschaften des Gesunden in ungleichmäßiger, gesteigerter und krankhaft verzerrter Weise zur Entwicklung und läßt so aus der Periodizität des Gesunden die Zykllothymie und die echten zirkulären Formen, aus seiner Suggestibilität die Hysterie und aus dem Mißtrauen und der Kampfeslust den Querulantenwahnsinn entstehen. Es wäre geradezu wunderbar, wenn sich diese Störungen nicht gelegentlich mischen und ineinander übergehen würden, ebenso wie es natürlich ist, daß wir äußere Momente, körperliche und psychische Schädlichkeiten in das seelische Geschehen bei diesen disponierten Menschen eingreifen sehen.“

Natürlich will damit Bumke in der Gruppe seiner endogenen Psychosen — manisch-depressives Irresein, Hysterie, andere Neurosen, Paranoia usw. — keineswegs auf die Unterscheidung überhaupt verzichten (S. 403).

Gehen wir nun näher auf das ein, wovon ich glaube, daß ich es an der Hand der oben mitgeteilten Fälle vertreten kann.

Treibend wirkt in diesen Fällen, wie ich seinerzeit hervorhob, vor allem der still wurmende oder heftig nach Entladung drängende „unerledigte Affekt“.

Dieser unerledigte Affekt ist zugleich — von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen — ein unangenehmer (angenehme Affekte erledigen sich ja in der Regel von selbst, wie die tägliche Erfahrung lehrt). Der Mangel an Erledigung des betreffenden Affektes bewirkt bei den Betroffenen das Wiederkaufen des zugrunde liegenden Erlebnisses und die zentrale Stellung dieser Erinnerung als richtunggebenden Gedankengang für das weitere Denken, Fühlen und Handeln.

Sowohl für die pathogene Wirkung unerledigter Affekte (nur eine verschwindend kleine Zahl derselben wirkt pathogen) als auch für die Entstehung unerledigter Affekte ist, abgesehen von einer gewissen Höhe des betreffenden Affektes, noch eine besondere Konstellation äußerer und innerer Umstände maßgebend.

Dazu, daß ein besonderer Affekt unerledigt bleibt und pathogen im Sinne der überwertigen Idee wirkt, d. h. dazu, daß ein Affekt entsteht, welcher still wurmend oder heftig nach Entladung drängend in ständigem Wiederkaufen des betreffenden Erlebnisses lebendig bleibt und diesem Erlebnis eine zentrale Stellung schafft, wenn er aus äußeren oder inneren Gründen (Unmöglichkeit sich durchzusetzen, Autorität oder hohe Stellung des Gegners, Erfolglosigkeit des Rechtstreites, Feigheit, Stolz usw.) nicht entladen werden kann, ist vorerst ein besonderer äußerer Anlaß oder das geeignete Zusammentreffen mehrerer Umstände erforderlich. Ausschlaggebend aber ist — wie schon oben erwähnt — eine bestimmte Affektkonstitution, nämlich 1. die hohe Affektanregbarkeit (welche die vielen Anlässe bietet, von denen dann einer pathogen wirkt, und welche Anregbarkeit dem pathogenen Kern immer neue Nahrung zuführt), 2. die starke Nachdauer der Affekte (welche das Wiederkaufen des affektbetonten und nicht erledigten Erlebnisses und die Unfähigkeit bedeutet, es ad acta zu legen, und sich am Wiederkaufen immer wieder neu entzündet) und 3. eventuell auch der starke Drang nach Entladung der Affekte überhaupt.

Diese Affektkonstitution nun ist zugleich diejenige vieler Neurosen, wie überhaupt eines Großteiles der Neuropathen. Sie findet und äußert sich alltäglich, natürlich ohne daß es zur überwertigen Idee kommt, welche ja in der Regel einen ganz besonderen Anlaß erfordert — was auch meine Beispiele zeigen. Eine solche Form der Affektreaktion auf die Eindrücke des äußeren Lebens ohne jede überwertige Idee ist meiner Erfahrung

nach unendlich häufig bei den — *sit venia verbo* — somatisch Nervösen, insbesondere bei den Vasoneurotikern. Auch das große Heer von traumatischen Neurosen mit Beeinträchtigungsideen und Konstruktion einseitiger Beziehungsideen im Sinne des herrschenden Gedankenganges (neuerdings als Rentenhysterie bezeichnet) gehört zu dieser Form des Querulantenwahns aus überwertiger Idee. (Überdies spielen vasomotorische Symptome bei der traumatischen Neurose eine bemerkenswerte Rolle.)

Im Kampfe um die Rente, d. h. aus den Affekten der Habgier, der Furcht, brotlos zu werden usw., aus den „Begehrungsvorstellungen“ der Autoren heraus, gelegentlich auch im Kampfe um die Rache an denjenigen, welche nach der Meinung des Betroffenen an seinem Unfalle oder seinem Schaden oder an dem schlechten Stande seiner Angelegenheit Schuld tragen, kann sich ein querulatorisches Bild mit weitgreifender Systematisierung bei den Traumatikern entwickeln. Mit-sich-Führen großer Aktenstöße, Aufbewahrung kleinster Zettelchen, als wären es die wichtigsten Dokumente, zahlreiche Unterstreichungen und Wiederholungen in den Schriftstücken, große Weitschweifigkeit und Umstandskrämerei in der Schilderung des ihnen geschehenen Unrechtes, höchstes Wichtignehmen der kleinsten einschlägigen Angelegenheit und an den Haaren herbeigezogener Anhaltspunkte bei gänzlicher Uneinsichtigkeit für die Kleinlichkeit, für das Weithergeholte und Unzureichende ihrer Argumentation, zeigen auch diese Querulanten, ganz ähnlich wie die manischen Querulanten, doch scheint mir das pedantische Wichtignehmen hier mehr hervorzustechen als bei den manischen.

Naturgemäß ist bei diesen Traumatikern nicht etwa durchweg durch den Unfall eine Manie ausgelöst worden, obzwar auch ein solches Ereignis nicht außerhalb der Möglichkeit liegt. Auch sind sie keine depressiven Kranken im Sinne des manisch-depressiven Irreseins oder seiner Mischzustände, trotzdem gelegentlich die bekannte depressive, schlaffe, wehleidige und selbstbedauernde Grundstimmung und das Mitleid heischende Gebaren der Traumatiker durch das querulatorische Bild durchschimmert und so eine gewisse Ähnlichkeit mit einem „Mischzustande“ vortäuschen könnte.

Diese Traumatiker sind Querulanten aus Neurose auf Grund eines bestimmten erschütternden Erlebnisses respektive der sich anschließenden ungünstigen Lebensumstände mit ihren Affekten, kurz auf Grund eines mit treibenden unerledigten Affekten betonten Gedankenganges und auf Grund der sich entwickelnden „nervösen“, nicht selten hysterischen Charakterveränderung. (Ob eine Disposition für diese Charakterveränderung erforderlich ist, welche vorher latent blieb, oder nicht, wage ich nicht zu entscheiden.) Auch diese Fälle gehören in das Bild der überwertigen Idee.

Gelegentlich entsteht auch ein querulatorisches Bild, ohne daß ein manischer Zustand oder ein Mischzustand vorläge, also ohne daß Kampfeslust oder Depression oder beides die treibenden Momente wären, und andererseits auch ohne daß ein besonderes Erlebnis den Anlaß bietet (den Pseudoquerulanten Kraepelin's entsprechend).

Der Egoismus mancher neuropathischen Charaktere und ihr Kurzschluß der Assoziationen lassen sie überall Benachteiligung wittern und durch die kleinsten Umstände Mißtrauen fassen. Ihre hohe Eigenliebe, die Selbstverständlichkeit der zentralen Stellung ihrer kleinsten eigenen Angelegenheit gegenüber der ganzen Welt in ihrem Denken und Fühlen lassen sie von vornherein ohne besonderen Anlaß alles vom Standpunkte betrachten, „was bedeutet es mir, was nützt, was schadet mir das“. Ihrem Gefühle nach gehört alles ihnen, auch das, was ein anderer hat oder erreicht. Die Erfolge anderer empfinden sie als ein ihnen geschehenes Unrecht, als einen an ihnen begangenen Raub. Unannehmlichkeiten, Schicksalsschläge, die das Leben bringt, eigene Mißerfolge empfinden sie wie eine ihnen böswilligerweise zugefügte Unbill und schmallen mit allem und jedem, sind „mit Gott und der Welt unzufrieden“. Ihre Unsachlichkeit und Unbilligkeit bringt sie leicht dazu, nicht sich, sondern anderen oder wenigstens den Verhältnissen die Schuld zu geben, wenn sie Mißerfolge haben.

Ihre Unbilligkeit führt sie zu dauerndem Mißtrauen, ihre Unsachlichkeit läßt sie (zusammen mit der Neigung zum Kurzschluß der Assoziationen) leicht Beziehungsideen und Beeinträchtigungsideen entwickeln und zeitweilig festhalten; diese Beeinträchtigungsideen sind aber der Sachlage nach wechselnder Natur, meist ohne weiteren Ausbau, jedenfalls ohne einen fixen zentralen Kern. (Auch betont Kraepelin mit Recht die wechselnden, nicht einheitlichen Affären seiner krakeelenden Pseudoquerulanten.)

Immerhin gibt es fließende Übergänge zum Krankheitsbilde der überwertigen Idee — also zu den echten Querulanten. Es kann nämlich doch zu fixierteren Wahnideen, zu einer konstanteren Wahnbildung kommen, und es kann ein bestimmter Vorfall als zentraler Kern figurieren, ähnlich wie bei der überwertigen Idee.

Ein gewisser Unterschied besteht jedoch. Dieser zentrale, richtunggebende Vorfall, oder seine unmittelbaren Folgeerscheinungen, oder eine Kette kleinerer Ereignisse nämlich sind bei der überwertigen Idee von vornherein stark affektbetont. Sie werden von einem bestimmten unerledigten, wurmenden oder nach Entladung drängenden Affekt getragen und dadurch in lebendiger Erinnerung erhalten. Anders in diesen Übergangsfällen: nicht ein solcher unerledigter Affekt ist das Treibende der Wahnbildung, sondern treibend und wahnbildend wirkt immer die Unbilligkeit des Cha-

rakters, die hohe Eigenliebe, die Neigung, sich in Affekte hineinzusteigern usw., Momente, welche einen sich bietenden Anlaß sozusagen einfach aufgreifen und ihn zu einer Affäre stempeln. Es ist also auch nicht eine große Diskrepanz zwischen Charakter und Erlebnis (welche Wernicke für seine zirkumskripte Autopsychose anschuldigt) die Ursache der Wahnanhäufung um dieses Erlebnis. Kurz, das Punctum movens ist trotz der etwaigen Gruppierung um einen Einzelvorfall der neuropathische bzw. der hysterische Charakter von der oben geschilderten querulatorischen Färbung. (Gewisse Traumatiker, aber auch einzelne andere Querulanten, die ich sah, scheinen mehr dieser Form anzugehören.)

Handgreiflich sind die Beziehungen zwischen „Hysterie und Querulantenwahn“ in der gleichnamigen — von mir hier schon oben angezogenen — Arbeit Heilbronner's. Ähnlich sah auch ich an einem Falle der Prager deutschen psychiatrischen Klinik den Querulantenwahn aus einem typischen psychogenen, nach gewöhnlicher Bezeichnung hysterischen Dämmerzustande hervorstechen.

Die Rübenbauern gewisser Gegenden Böhmens sind in starker Abhängigkeit von den Zuckerfabriken und damit auch von den Beamten, besonders von den Wiegemeistern dieser Fabriken. Sie können auf Grund einer Vereinbarung der Zuckerfabriken ihre Rüben nur an eine bestimmte, ihnen oktroyierte Zuckerfabrik verkaufen (Rübenrayonierung). Diese Bauern sind wohl auch nicht selten Schuldner der betreffenden Fabrik für Rübensamen usw. (das geht wenigstens aus den Schilderungen der betreffenden Kranken und ihrer Angehörigen hervor). Aus diesem Verhältnis kommt es nun leicht zu Differenzen bei der Lieferung der Rüben an die Fabrik, und zwar besonders an der Wage und bei der Schätzung des Zuckergehaltes.

Ein Rübenbauer mittleren Alters hat an der Wage Streit mit dem Wiegemeister der Fabrik wegen der Richtigkeit der Wägung und Schätzung. Er wird im Verlauf des Streites sehr laut und daraufhin aus der Fabrik hinausgeworfen, schimpft, droht, trommelt an das inzwischen vor ihm geschlossene Tor, wirft mit Steinen dagegen und hat anschließend einen länger dauernden Dämmerzustand. Wird eingebracht und entwickelt nach dem Abklingen des Dämmerzustandes ein um sich greifendes System von Beeinträchtigungsideen im Sinne des Betrogenen und unschuldig Mißhandelten mit diesem Erlebnis als zentralem Kern.

Auch dieser Fall von Querulantenwahn hat gewiß nichts mit dem manisch-depressiven Irresein zu tun.

Wir können zusammenfassen:

1. Es gibt echte Querulanten, welche mit dem manisch-depressiven Irresein nichts zu tun haben, welche keine Querulantenmanien im Sinne Specht's sind, und auch den Zyklothymien ferne stehen.
2. Der Querulantenwahn meiner Fälle (Wahn der rechtlichen Benachteiligung mit mehr oder minder weitgehend systematisierten, einseitig im Sinne

eines vorgefaßten affektbetonten Gedankenganges sich bewegenden Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen) ist eine Unterform von Wernicke's „überwertigen Ideen“, gehört zu dessen „zirkumskripten Autopsychosen“. Dieser Querulantenwahn entsteht dadurch, daß ein Erlebnis, mit welchem der Träger — vor allem wegen seiner Affektkonstitution und weiter wegen anderer Eigenschaften seines Charakters oder wegen äußerer Umstände — nicht fertig werden kann, zum zentralen Kern der Wahnbildung wird. Treibend wirkt hier der unerledigte Affekt, er stempelt sein zugehöriges Erlebnis (bzw. eine Kette von Erlebnissen) zum zentralen Kern und erzeugt den zirkumskripten, einseitig (von ihm aus) dirigierten Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn. Dabei wirkt mit: die Neigung zur intuitiven Konstruktion von Zusammenhängen zwischen einander fernliegenden Dingen und Vorfällen durch sogenannten Kurzschluß der Assoziationen (hier im Sinne des herrschenden Gedankenganges und der herrschenden Affektrichtung erfolgend); weiter wirkt mit: die „generalisierende Exoprojektion“ — ein den Träger intensiv beschäftigender Gedankengang wird unbesehen, sozusagen unwillkürlich als den Äußerungen und Handlungen der anderen, welche oft von ihm gar nichts wissen können, zugrunde liegend betrachtet, also auf die anderen ausgedehnt; endlich wirkt manchmal mit die „transitivistische Exoprojektion“, d. h. die Neigung zum „Den-anderen-Schuld-Geben“ (die Feder ist schlecht, wenn der Schreiber nichts kann). Der Affekt, welcher bei diesem Querulantenwahn wirksam ist, ist primär, d. h. er entspringt wie sein Beziehungs- und Beeinträchtigungswahn dem gesunden Geistesleben und nicht etwa einem schon wahnhaft veränderten.

(Genaueres über alle diese Punkte siehe bei Max Löwy, „Das Krankheitsbild der überwertigen Idee und die chronische Paranoia“, 1. c.)

3. Dieser Querulantenwahn steht den Neurosen nahe, er gehört zu den psychopathischen und psychogenen Erkrankungen, und zwar:

a) auf Grund der Charakteranlagen und besonders der Affektkonstitution dieser Kranken,

b) nach der Art der Wahnentstehung und nach den Grundlagen des Wahns: Erlebnis, unerledigter treibender und wurmender, wiedergekaufter Affekt und bestimmte Geistesigenschaften der Neuropsychopathen (Neigung zur intuitiven Konstruktion von Zusammenhängen, generalisierende Exoprojektion, transitivistische Exoprojektion),

c) auch hysterische Dämmerzustände können die Erkrankung einleiten.

4. Es gibt Übergänge zu den Pseudoquerulanten (d. h. zu den Fällen ohne zentrales Erlebnis, welche nörgeln, querulieren aus bestimmter psychopathischer, meist sogenannter „paranoider“ Charakteranlage, und welche doch keine manischen Nörgler sind).

5. In Übereinstimmung mit Rüdin's Feststellungen an Strafgefangenen können wir annehmen, daß bei diesen Übergangsfällen zu den Pseudoquerulanten, wie auch bei den echten Querulanten aus überwertiger Idee sowohl ein psychogener Faktor (das Erlebnis, d. h. meiner Meinung nach der unerledigte Affekt, der ungelöste Konflikt), als auch ein psychopathischer Faktor (der Charakter und die Affektkonstitution) wirksam sind; nur ist die Rolle der beiden Faktoren je nach der Art des Falles verschieden groß. Dagegen liegt bei gewissen Pseudoquerulanten die Krankheitsursache fast gar nicht in den äußeren Verhältnissen, sondern beinahe ganz im Charakter: es sind dies besonders jene von Haus aus asthenischen und zugleich sehr anspruchsvollen, egozentrischen, unzufriedenen, nörgelnden Charaktere mit ihrer groben Disharmonie zwischen Begehren und Können. Aus solchen und ebenso aus sehr rechthaberischen Charakteren rekrutieren sich zahlreiche Pseudoquerulanten in aller Welt. Andererseits ist es nicht unwahrscheinlich, daß die echten Querulanten aus „gekränktem Rechtsgefühl“, also aus besonderem Anlaß in straff regierten, viel administrierten Ländern häufiger sind, als in solchen mit mehr lockerer Organisation, also mit weniger Bevormundung des einzelnen.

II. Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung am 8. November 1909.

Bericht von **Dr. Schayer**, Dalldorf-Berlin.

M. Bernhardt stellt einen 27jährigen Mann vor, der vor etwa acht Jahren an einer bald geheilten Gonorrhöe litt und neuerdings wieder an demselben Leiden behandelt wurde. Er ist zurzeit davon geheilt.

Seit etwa 1901 bemerkte er ein Herabsinken beider oberen Augenlider, besonders des linken. Er macht den Eindruck, als ob er an einer doppelseitigen Ptosis litte. Eine Ptosis ist da, aber nicht etwa infolge einer Paralyse oder Parese der Lidheber, sondern infolge einer eigentümlichen, der allgemeinen Ärzteswelt weniger als vielleicht den Augenärzten bekannten Affektion, die darin besteht, daß die Haut der oberen Lider in krankhafter Weise verdünnt und verlängert über dem Auge herabhängt und den Patienten tatsächlich am deutlichen Sehen hindert. Man sieht, wie man die nicht gerötete, schlaffe, papierdünne Haut vom Tarsus als lange Falte abziehen kann. Dieser Zustand der Erschlaffung, der Atonie und Atrophie der Lidhaut, ist von Sichel zuerst

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.



wohl beschrieben und besonders von Wiener Ophthalmologen unter besonderem Namen bekannt gemacht worden. Sichel nannte das Leiden *Ptosis atonique* und unterschied zugleich die *Ptosis lipomateux*, einen Zustand, der durch die Anwesenheit von Fett- und Zellgewebe gekennzeichnet ist, durch Fett, das mit dem Fett- und Zellgewebe der Orbita in Kontinuität steht.

1896 beschrieb E. Fuchs diesen Zustand unter dem Namen *Blepharochalasis* (Liderschlaflung). Er findet sich oft ohne Ursache, oft nach vorausgegangenen (auf nervöser, angioneurotischer Basis entstandenen) Ödemen bei jugendlichen, meist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre stehenden Individuen, männlichen wie weiblichen.

Unser Patient kann tatsächlich das Lid heben, eine Lähmung der Lidheber besteht nicht, die Pupillen sind mittelweit, reagieren gut auf Lichtreiz und Konvergenz, Augenbewegungen durchaus frei.

Patient ist zwar kurzsichtig, besonders links (ausgeprägtes *Staphyloma posticum*), doch wird sein Sehvermögen durch Konkavgläser sofort und sehr erheblich gebessert.

Manchmal ist mit der Erschlaffung der Haut des oberen Lides und speziell mit der Atrophie des elastischen Gewebes der Lidhaut eine Atrophie des Bindegewebes verbunden, das die Tränendrüse in ihrer Lage hält: es findet sich dann ein sogenannter *Descensus glandulae lacrymalis*.

Erwähnen möchte ich noch eine andere Art der ebenfalls wohl nicht von einer nervösen Läsion abhängigen Form der *Ptosis*, die (Fuchs, Goldzieher) bei alten Personen, meist Kranken nach dem 50. Lebensjahre, auftritt. Von dieser Affektion (*Ptosis amyotrophica*) habe ich bisher ebenfalls einen Fall bei einer 55jährigen, sonst ganz gesunden, jedenfalls keine weiteren Zeichen einer Muskelatrophie darbietenden Frau gesehen, bei der sich die Affektion ganz allmählich entwickelt hatte. Auch hier waren Pupillenreaktion und Augenbewegungen durchaus intakt.

Die Ansichten über die Ursachen dieses Leidens sind bei den verschiedenen Autoren verschieden. Ich verzichte darauf, bei dieser kurzen Demonstration auf die Literatur einzugehen, und verweise in bezug hierauf auf die Arbeiten von Fuchs, Wilbrand und Sängner und neuerdings von Weinstein, wo weiteres gefunden werden kann.

In bezug auf die Therapie käme Exzision eines Hautläppchens aus dem verlängerten, atrophischen Lide in Frage oder Empfehlung des Tragens einer *Ptosisbrille* (Salomonsohn).
(Autoreferat.)

Diskussion:

Mosse hält es für möglich, daß die Affektion identisch sei mit der idiopathischen Hautatrophie der Dermatologen. In manchen dieser Fälle werden zuerst entzündete Prozesse der Haut beobachtet; diese Fälle sondern Herxheimer und Hartmann von den übrigen ab und sprechen von einer *Acrodermatitis chronica atrophicans*.
(Autoreferat.)

Ziehen macht auf das Vorkommen seltener trophischer Störungen bei *Tabes* aufmerksam, welche ein ähnliches Bild hervorrufen können. Es handelt sich jedoch in diesen tabischen Fällen lediglich um einen Schwund des orbitalen und palpebralen Fettgewebes.
(Autoreferat.)

M. Bernhardt: Kurzes Schlußwort.

1921

Otto Maas: Demonstration.

Der Vortragende demonstriert mikroskopische Präparate des 1907 vorgestellten Falles von multiplen Tumoren im Bereich des Zentralnervensystems (siehe: „Neurol. Zentr., S. 731, 1907“; „Berl. klin. Woch., Nr. 37, 1907“ und „Neurol. Zentr., Nr. 5, S. 283, 1909“).

Die Markscheidenfärbung fand nach der von Paula Meyer (Neurol. Zentr., Nr. 7, S. 353, 1909) empfohlenen Methode statt, die sich auch hier bewährt hat; im übrigen kamen die üblichen histologischen Methoden zur Anwendung.

Im oberen Zervikalmark ist nur ein schmaler Ring von Nervengewebe erhalten. Der größte Teil des Präparates wird von dem zentralgelegenen Tumor eingenommen. Im unteren Zervikalmark fand sich eine weit vorgeschrittene Syringomyelie, die sich aber nur durch wenige Segmente erstreckte. Im oberen Dorsalmark war eine geringe Anzahl von Tumorzellen lateral vom Zentralkanal zu sehen. Im unteren Dorsalmark fand sich ein zentralgelegener Tumor ungefähr vom Umfang der grauen Substanz, sowie ein gleich großer Tumor an der Peripherie des Rückenmarkes. Die untersten Segmente des Dorsalmarkes und Lumbalmarkes waren durch ein von der Dura ausgehendes Psammom komprimiert, zum Teil so stark, daß im Weigert-Präparat vom Rückenmark nur wenige Fasern zu sehen waren. Im oberen Sakralmark war wieder der größte Teil des Querschnittes durch einen intramedullären Tumor eingenommen. In allen Rückenmarkshöhen fanden sich Tumoren in den extramedullären Wurzeln, die meist auffällig gut erhalten waren.

Auch in den peripheren Nerven fanden sich zahlreiche Tumoren, und zwar auch an Stellen, wo makroskopisch nichts von Tumoren zu sehen gewesen war.

Im Neurom des Nervus radialis, von Bielschowsky mit der von ihm angegebenen Fibrillenmethode untersucht, konnten zahlreiche Achsenzyylinder konstatiert werden, während mit der Weigert'schen Markscheidenmethode nur spärliche Nervenfasern nachweisbar waren.

Was die Natur der Tumoren betrifft, so werden die von der Dura ausgehenden Psammome nach den jetzt herrschenden Anschauungen als Endotheliome aufgefaßt. Die Natur der intramedullär gelegenen Tumoren zu bestimmen, ist äußerst schwierig. Nach dem von Bruns vertretenen Standpunkt dürfen sie nicht als Sarkome aufgefaßt werden, da sich im Innern derselben zahlreiche Nervenfasern fanden. Am nächstliegenden scheint mir die Annahme, daß diese intramedullären Tumoren gliogenen, also ektodermalen Ursprunges sind. Bei dieser Auffassung ließe sich auch das Vorhandensein der ausgedehnten Syringomyelie am besten verstehen.

Das Interesse, das der Fall bietet, liegt einerseits in dem früher geschilderten klinischen Verlauf, nämlich in den weitgehenden Remissionen, wie sie bei Tumoren des Nervensystems nur in ganz vereinzelten Fällen beschrieben wurden, anderseits in dem histologischen Befund, besonders darin, daß nur ganz minimale sekundäre Degenerationen nachweisbar waren, obwohl doch im Halsmark sowohl wie ganz besonders im Lumbalmark schwerste Kompression des Rückenmarkes bestand. Auffällig ist das deshalb, weil die Rückenmarksgeschwülste schon lange bestanden haben müssen, so daß der Einwand nicht gemacht werden kann, der Exitus sei erfolgt, bevor die sekundären Degenerationen zur Ausbildung kommen konnten.

8*

Mit den jetzt herrschenden Anschauungen über das Auftreten von sekundären Degenerationen ist dieser Befund nicht in Einklang zu bringen. (Autoreferat.)

Ziehen fragt, ob auch Gliafärbungsmethoden zur Anwendung gelangt sind, und wie weit in der Umgebung der Höhlenbildung etwa kleinere Geschwulstherde gefunden worden sind. (Autoreferat.)

Otto Maas (Schlußwort): Die Untersuchung mit der Benda'schen und Mallory'schen Gliafärbung hat kein sicheres Resultat ergeben. Mit voller Sicherheit läßt sich daher die Natur der intramedullären Tumoren nicht bestimmen.

(Eine ausführliche Veröffentlichung soll später erfolgen.) (Autoreferat.)

M. Rothmann: Demonstration zur Lokalisation im Kleinhirn.

Vortragender weist zunächst auf die neuesten vergleichend anatomischen Untersuchungen über den Bau des Kleinhirns hin und demonstriert an der Hand des Schemas von Bolk die von demselben auf dieser Grundlage gewonnenen Anschauungen über eine physiologische Differenzierung der einzelnen Kleinhirnabschnitte. Es werden dann in Kürze die teils durch Reizung, teils durch Exstirpationen einzelner Kleinhirnpartien gewonnenen Resultate von Prus, Pagano, Marrasini, van Rynberk, Lurje, Hulshoff Pol hervorgehoben, die gleichfalls für eine Lokalisation im Kleinhirn sprechen.

Vortragender hat den vordersten Abschnitt des Kleinhirns nach Hochheben des Hinterhauptlappens durch Entfernung des Tentoriums freigelegt. Bei bipolarer faradischer Reizung erhält man von dem freigelegten Abschnitt der Kleinhirnhemisphäre (Lobus quadrangularis, Lobus simplex [Bolk]) Zehenbewegungen der vorderen Extremität der gleichen Seite, in den unteren Teilen Aufwärtsbewegung der Zehen, in den oberen Teilen Spreizung derselben, bei schwächeren Strömen isoliert, bei stärkeren von Vorwärtsbewegung resp. Hochheben des Vorderbeins begleitet. Vom Lobus anterior (Bolk) erhält man Abwärtsbewegung der Zehen beider vorderen Extremitäten, bei stärkeren Strömen von Zurückziehen der Vorderbeine begleitet. Vortragender demonstriert nun mehrere Hunde, bei denen teils einseitig, teils doppelseitig der vorderste Rindenabschnitt der Kleinhirnhemisphäre (Lobus quadrangularis, nach Bolk lateraler Abschnitt des Lobus simplex und Teile des Crus I des Lobus ansiformis) zerstört worden ist. Es besteht regelmäßig eine ausgeprägte Lagegefühlsstörung im gleichseitigen Vorderbein, die sich im Verstellen des Beines nach der Seite und nach hinten, im Umlegen der Vorderpfote, im Herunterhängen des Beines am Tischrand demonstrieren läßt. Zugleich wird das Vorderbein beim Laufen etwas abduziert und abnorm hoch gehoben. Nur in einzelnen Fällen kommt es anfangs zu Reizerscheinungen motorischer Natur, bei denen eine Flexionskontraktur des betreffenden Vorderbeines in der Ruhe mit „parademarschartigem“ Herausbringen desselben beim Laufen zu beobachten ist. Klingen diese Erscheinungen stets rasch ab, so sind Reste der Lagegefühlsstörungen, vor allem das Verstellen des Beines nach der Seite und das Herunterhängen am Tischrand noch nach fünf Wochen deutlich zu demonstrieren. In der Regel ist dieser Symptomenkomplex von einer leichten Krümmung der Wirbelsäule nach der gleichen Seite begleitet. Sowie der Lobus anterior mitverletzt wird, kommt es zur Neigung, nach vorn und nach der gekreuzten Seite zu fallen. Votr. betont, daß diese im vorder-

11 10 11

(Autoreferat.)

Oppenheim ist nicht der Ansicht, daß man die demonstrierten Erscheinungen als Lagegefühlsstörung im klinischen Sinne bezeichnen darf. Falls der Hund Auskunft geben könnte, würde er prompt die jeweilige Lage seiner Pfoten richtig bezeichnen. Dies ist beim Menschen durch operative Fälle bewiesen, welche keine Störung des Lagegefühls zeigten. Man ist also nicht berechtigt, aus den interessanten Experimenten des Vortragenden einen Schluß auf bewußte Sensibilität zu ziehen.

M. Rothmann (Schlußwort): Daß es sich bei den Lagegefühlsstörungen durch Eingriffe in das Kleinhirn um keine „bewußten“ Sensibilitätsstörungen handelt, nimmt auch Votr. an, obwohl sich darüber beim Tierversuch sichere Aufschlüsse nicht erzielen lassen. Inwieweit eine Übertragung auf die menschlichen Verhältnisse möglich ist, darüber läßt sich bei dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse nichts Sicheres aussagen. Daß bei den Kleinhirnaffektionen des Menschen Lagegefühlsstörungen in der Regel fehlen, kann auch Votr. bestätigen. Auch es handelt sich hierbei weder um isolierte Rindenaffektionen noch um lokalisierte Läsionen dieser vordersten Abschnitte der Kleinhirnhemisphären; außerdem dürften gerade für die vorderen Extremitäten die Verhältnisse beim Menschen zugunsten der Großhirnrinde wesentlich verschoben sein.

(Autoreferat.)

Der Vortragende demonstriert Serienschritte durch das Gehirn des früher schon in dieser Gesellschaft gezeigten, im Leben diagnostizierten Balkentumors. Es zeigt sich, daß in der vorderen Hälfte des Balkens der größte Teil der Fasern zerstört ist. In der Höhe der vorderen Zentralwindung sind kaum mehr Fasern erhalten. Auf einigen Schnitten findet sich eine komplette Durchbrechung des ganzen Balkens. Weiter nach hinten im Beginn der hinteren Zentralwindung nehmen die erhaltenen Balkenfasern wieder zu, schließlich ist in dem hinteren Teil der hinteren Zentralwindung eine kleine aufgehellte Partie, durch die aber noch erhaltene Fasern hindurchgehen, nachweisbar. Tumorgewebe ist hier nicht mehr vorhanden. (Autoreferat.)

(Autoreferat.)

Liepmann: Es sind jetzt schon im ganzen sieben Fälle in der Literatur,

in denen apraktische Störungen auf Herde des Balkenkörpers selbst zurückgeführt werden konnten.

In dem schönen Goldstein'schen Falle ist die Einstrahlung des Balkens in die rechte Hemisphäre fast in der ganzen Ausdehnung des Balkens betroffen neben dem oberhalb des Balkens belegenen medialen Windungszuge, der von derselben Arterie wie der Balken versorgt wird.

Ich selbst habe einen neuen Fall von linksseitiger Dyspraxie zur Sektion bekommen. Ein Tumor hat den Balken bis etwa zur Mitte zerstört. Für die nähere Abgrenzung desjenigen Balkenteiles, der hauptsächlich in Betracht kommt, ist es von Bedeutung, daß in dem Forster'schen und in meinem neuen Falle die hintere Balkenhälfte verschont ist. Im vorliegenden Falle zeigen die Präparate, daß auch hinter dem eigentlichen Tumor erhebliche Unterbrechungen der Balkenfaserung vorliegen. (Autoreferat.)

Abraham: Psychoanalyse hysterischer Traumzustände.

Dem Vortragenden ist es mit Hilfe des psychoanalytischen Verfahrens gelungen, das Wesen der sog. Traumzustände bei einer Anzahl von Neurotischen aufzuklären. Der kürzlich von Löwenfeld gegebenen Beschreibung dieser Zustände fügt er einige Ergänzungen hinzu. Er schlägt ferner die Unterscheidung von vier Stadien vor. Der Traumzustand beginnt mit lebhafter Phantasietätigkeit (Stadium der phantastischen Exaltation); dann folgt die traumhafte Entrückung und dieser das Stadium der Bewußtseinsleere. Den Abschluß bildet ein depressives Stadium, in welchem Phantasien auftauchen, welche denjenigen des ersten Stadiums entgegengesetzt sind. Ref. gibt die ausführliche Analyse der Traumzustände in einem Fall von Angsthysterie. Sie ergibt, daß die Traumzustände als Ersatzbefriedigung an Stelle einer aufgegebenen Sexualbetätigung (Masturbation) getreten sind. Die Phantasien, welche ursprünglich den Masturbationsakt einleiteten, leiten nunmehr den Traumzustand ein; die Bewußtseinsleere entspricht dem auf der Höhe der Sexualerregung eintretenden „Bewußtseinsentgang“ (Freud). Die abschließende Angst entsteht dadurch, daß die für kurze Zeit dem Unbewußten entstiegene Triebregungen von neuem verdrängt werden. In dem mitgeteilten Falle gehen die Symptome hauptsächlich aus verdrängten sadistischen und exhibitionistischen Wünschen hervor. Auf diesen basieren nicht nur die Traumzustände, sondern auch die bei dem Patienten vorhandenen Phobien. In einer Reihe anderer Fälle ergaben sich ganz ähnliche Resultate, nur differiert die Art der verdrängten Triebregungen nach Individuen sehr. Dem entspricht auch die durchaus individuelle Färbung der Phantasien.

Ref. weist auf die nahe Verwandtschaft der neurotischen Traumzustände mit den Träumen hin. Beide sind Abkömmlinge der Wachträumereien, wie sie besonders dem Kindesalter angehören. Erreicht die Bewußtseinsstörung einen höheren Grad, so entstehen Dämmerzustände resp. somnambule Träume. Angstanfälle und hysterische Anfälle dienen zur Darstellung der nämlichen Phantasien, die den Traumzuständen zugrunde liegen; nur in den Darstellungsmitteln differieren diese Zustände.

Eine ausführliche Bearbeitung des Themas erscheint in dem von Bleuler und Freud herausgegebenen „Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen“. (Autoreferat.)

Ziehen hält sich, da niemand zur Diskussion das Wort ergreift, denn doch für verpflichtet, im Namen der Gesellschaft zu erklären, daß er die Ausführungen des Vortragenden als ein „Sammelsurium“ von hineingetragenen und ungereimten Behauptungen ansehe.

Abraham sieht sich angesichts dieser „vorgefaßten“ Meinung nicht in der Lage, in einem kurzen Schlußwort diese Angriffe zu widerlegen.

III. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

Mohr (Koblenz): Die Bedeutung des Psychischen in der inneren Medizin.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 31/32.)

Mohr geht von der Tatsache aus, daß trotz häufiger Betonung der Wichtigkeit psychischer Zustände für den Ablauf somatischer Vorgänge durch bedeutende Interne eben dieser Zusammenhang von der Mehrzahl der Ärzte immer wieder vergessen wird, sehr zum Nachteil der gesamten Medizin. Er gibt daher einen Überblick über diejenigen klinisch und experimentell gewonnenen Erfahrungen, die die Beeinflussung innerer Organtätigkeit durch die Psyche beweisen. Die bekannten Untersuchungen Pawlow's an Tieren mit Magenfistel, der daran anschließenden von Bickel, Kast u. a., die Monographie von Dreyfus unter Ägide von Krehl werden eingehend besprochen, es wird darauf hingewiesen, wie psychisch bedingte Störungen im Bereich des Magendarmtraktes bisweilen irrtümlich zur chirurgischen Behandlung veranlassen, wie wichtig für Ernährungskuren und Bekämpfung der Obstipation Suggestion ist. Psychisch bedingte Herzstörungen werden oft verkannt, und doch haben eine Reihe von Arbeiten der Neuzeit und vielfältige Beobachtungen bewiesen, daß Vorstellungen, Affekte, unterbewußte Empfindungen auf psychoreflektorischem Wege die Herztätigkeit stark und dauernd beeinflussen können. Oft haben Herzstörungen ihren Grund in einer „Psychoneurose“ und die Therapie kann nur Erfolge haben, wenn sie den psychischen Allgemeinzustand gebührend berücksichtigt. Bezüglich des Gefäßapparates gelten dieselben Verhältnisse. Die psychische Komponente des Bronchialasthmas wird jetzt allgemein anerkannt. Bei organischen Nervenkrankheiten werden die somatischen Symptome vielfach von psychisch entstandenen überlagert. So treffen wir auf allen Gebieten der inneren Medizin auf einen wichtigen Einfluß des seelischen Zustandes. Aus dieser Tatsache ergibt sich die Notwendigkeit, die psychische Behandlung mehr als es im allgemeinen geschieht aktiv heranzuziehen. Die suggestive Wirkung der Arzneimittel muß dadurch verstärkt werden, daß der „primär-psychische“ Effekt, der einem jeden anhaftet (z. B. Alkohol, Brom) durch möglichst weitgehende Belehrung des Patienten voll entwickelt wird. Ähnlich liegen die Verhältnisse für die physikalischen Heilmethoden. Bei der eigentlichen Psychotherapie muß genau individualisiert werden. Aus einer engeren Verbindung der inneren Medizin mit der Psychiatrie dürften für beide Disziplinen noch große Vorteile resultieren.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Ganter: Über die Todesursachen und andere pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 3/4.)

Zugrunde gelegt sind 1017 Sektionen. Die häufigste Todesursache waren die nicht tuberkulösen Lungenerkrankungen (24,4 %), dann folgen Tbc. (19,8 %), Gehirnkrankheiten (16,4 %), Infektionskrankheiten (12,5 %), Allgemeinerkrankungen (9,2 %), Herz- und Gefäßerkrankungen (7,7 %), Erkrankung der Bauchorgane (3,6 %), Geschwülste (3,4 %), Unglücksfälle (1,5 %), Selbstmord (1,0 %).

Von der Tbc. waren am meisten betroffen die Kranken mit Dementia praecox (45 %), dann die Imbezillen (28 %), die Epileptiker (21,8 %), die Präsenilen (16,9 %), die Paralytiker (7,3 %) usw.

Paralytiker und Epileptiker starben am häufigsten durch die Grundkrankheit selbst, im Anfall. Bei den Senilen war Pneumonie die häufigste Todesursache.

Arteriosklerose wurde nur 27 mal als Todesursache gefunden; sie war aber ein häufiger Nebebefund. Nimmt man alle Fälle, auch die leichtesten zusammen, so standen die Senilen obenan, bei den schweren allein dagegen die Paralytiker.

Die Erkrankungen des Gehirns waren von Paralyse und Epilepsie abgesehen, am häufigsten das Durahämatom, dann die Apoplexie. Jenes befällt in erster Linie die Paralytiker, dann die Senilen.

Veränderungen der Pia und Arachnoidea fanden sich in 59 % aller Sektionen. Hydrozephalus in 45,2 %, hauptsächlich bei Paralyse (64,2 %), dann folgen in weitem Abstand Imbezillität, Dementia senilis und Dement. praecox. Ependymgranulationen waren fast ebenso häufig (43,8 %), zumeist bei Paralytikern, dann bei Senilen. Weitere Einzelheiten, wie die Verteilung der Todesursachen auf die verschiedenen Krankheitsformen können im Referat nicht wiedergegeben werden. Im Anhang bespricht G. das Othämatom. Er glaubt es nur ausnahmsweise allein durch Trauma oder Gewebsdegeneration bedingt, für gewöhnlich wirken beide Ursachen zusammen. Chotzen.

Schlub: Über Geisteskrankheit bei Geschwistern.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 3/4.)

Verf. stellte die Krankheitsformen von 76 erkrankten Geschwistergruppen aus 65 Familien zusammen. Obwohl doch in gleicher Weise belastet, erkrankten Geschwister nicht immer gleichartig, sondern wie bei der Vererbung von Eltern auf die Kinder, handelt es sich auch bei ihnen nur um ein Überwiegen der gleichartigen Erkrankungen. Diese machen drei Viertel aller Fälle aus, von den 76 Gruppen waren 55 gleichartig erkrankt, 21 nicht. Es machte dabei gar keinen Unterschied aus, ob die Eltern ebenfalls krank waren, oder nicht; dagegen verhielten sich die beiden Geschlechter verschieden; Brüder haben mehr Aussicht gleichartig zu erkranken, als Schwestern, diese mehr als gemischte Geschwistergruppen: von den Brüderpaaren waren 90 %, von den Schwesterpaaren 70 %, von den gemischten Gruppen 63 % gleichartig erkrankt.

Bei den ungleichartigen Erkrankungen sollen in zwei Gruppen Dementia praecox und manisch-depressives Irresein nebeneinander vorgekommen sein. Sonst handelte es sich um Vergesellschaftung dieser sogenannten funktionellen Psychosen mit Paralyse, Dementia senilis, Apoplexie, Epilepsie, Hysterie und Alkoholismus. Chotzen.

A. Cramer: Die nervösen und psychischen Störungen bei Arteriosklerose des Zentralnervensystems.

(XVI. Internationaler medizinischer Kongreß in Budapest, XII. Psychiatrische Sektion.)

Nach einem kurzen Überblick über den heutigen Stand der Lehre von den Ursachen der Arteriosklerose schildert Cramer zunächst die nervösen Störungen bei der Arteriosklerose des Zentralnervensystems. Er weist dabei darauf hin, wie wichtig gerade die frühzeitige Diagnose ist, weil, je eher die Krankheit erkannt wird, um so eher sie auch einer Therapie zugänglich ist. Diese Therapie hat Cramer in einem anderen Aufsatz eingehend geschildert und seit längeren Jahren mit gutem Erfolg angewandt. Unter den nervösen Symptomen spielen die Trias Kopfschmerz, Schwindel und Abnahme des Gedächtnisses eine dominierende Rolle. Alle diese Symptome werden von Cramer in ihren klinischen Eigentümlichkeiten eingehend geschildert. Im weiteren geht Referent auch auf die anderen nervösen Symptome ein, welche die Arteriosklerose begleiten können: die Rührseligkeit, Eingenommensein des Kopfes, leichte Zustände von Schwarzseherei und Verstimmung, Schlafsucht und Schlaflosigkeit, Intoleranz gegen Alkohol, Reizbarkeit, frühzeitige ethische Defekte und anderes mehr. Zu diesen mehr allgemeineren Symptomen gesellen sich, wie Cramer berichtet, eine ganze Reihe von Lokalsymptomen: Verlangsamung, Erschwerung und Undeutlicherwerden der Sprache, Mitflattern der Gesichtsmuskulatur, träge Reaktion der Pupillen sowohl auf Lichteinfall als Akkommodation, Augenmuskellähmungen, Veränderungen der Reflexerregbarkeit, Parästhesien und Schmerzen. Unterstützend für die Diagnose sind die Erscheinungen von Arteriosklerose an anderen Organen des Körpers und deren klinische Erscheinungen, obschon daraus noch nicht mit Sicherheit auf eine Arteriosklerose der Gehirnarterien geschlossen werden kann. (Blutdrucksteigerung, Verbreiterung des Herzens nach links, klappende Aortenton, unreine Töne, gespannter Puls, Nierenveränderungen.) Die erwähnten nervösen Erscheinungen gewinnen nur einen Wert für die Diagnose, wenn sie mit den zuletzt erwähnten mehr auf eine organische Erkrankung hindeutenden Lokalsymptomen vergesellschaftet vorkommen. Gerade die letzteren Symptome erlauben auch eine Trennung von den eigentlichen reinen nervösen Zuständen. (Neurasthenie, endogene Nervosität und Hysterie.)

Zu diesen Erscheinungen können sich auch Symptome gesellen, welche auf eine schwere mehr herdförmige Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisen (flüchtige oder mehr dauernde Mono- oder Hemiparesen, aphasische Erscheinungen, Hemianopsien und sensorische Parästhesien). Treten die Herderkrankungen mehr in den Vordergrund der Erscheinungen, so sind die Attacken mehr oder weniger stürmisch, je nachdem es sich um Blutungen oder Erweichungen handelt. In allen zweifelhaften Fällen ist eine genaue Beobachtung und immer wiederholte Untersuchung erforderlich, um zu einer genauen Diagnose zu gelangen. Immer ist es besser einen rein Nervösen zunächst für einen Arteriosklerotiker zu halten, als einen Arteriosklerotiker für einen rein Nervösen.

Die psychischen Störungen treten hauptsächlich in den nachstehenden drei Gruppen auf: 1. zunehmende Abnahme der geistigen Kräfte, 2. leichte und schwere Depressionszustände, 3. euphorische und Exaltationszustände sowie paranoische Symptomenkomplexe.

Die einfache Abnahme der Intelligenz, welche sich verschieden gestaltet, je nachdem Herderscheinungen und Insulte das Krankheitsbild komplizieren, kann

sich durch eine zunehmende Stumpfheit und Gleichgültigkeit auszeichnen und mit Zuständen von Benommenheit kompliziert sein. Manchmal bleiben einzelne intellektuelle Inseln und Intelligenzreste noch lange erhalten. Das erste Zeichen der beginnenden intellektuellen Schwäche ist häufig der Verlust der ethischen Vorstellungen. Nicht selten finden wir auch bei den Fällen von einfacher Abnahme der Intelligenz eine stark ausgeprägte Schlafsucht und Neigung zu Somnolenz.

Die Depressionszustände, welche sehr hochgradig und mit starker Angst und Selbstmordneigung verbunden sein können, unterscheiden sich von der reinen Melancholie durch das Hineinspielen von Symptomen, welche auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisen. Dasselbe gilt auch für die euphorischen und Exaltationszustände, sowie für die paranoischen Symptomenkomplexe. Bei den letzteren kommen häufig Züge und Reste von früheren Charaktereigenschaften zum Ausdruck.

Die Prognose der unter 2 und 3 genannten psychischen Störungen, ist, was die einzelne Attacke betrifft, nicht ungünstig. Eine Genesung ist aber mit dem Verschwinden der psychischen Störungen noch nicht erreicht, die Arteriosklerose bleibt; der Patient bedarf deshalb weiter der ärztlichen Fürsorge, wenn er auch nicht mehr in einer geschlossenen Anstalt behandelt zu werden braucht. Das Vorherrschen der Depressionszustände unter den psychischen Störungen bei der Arteriosklerose des Zentralnervensystems führt Cramer auf die starke Beteiligung der Gefäße bei dem Zustandekommen der Affekte zurück. Die Gefäße sind es ja, und zwar speziell die Arterien, welche bei der Krankheit affiziert sind. Auch kann man in nicht wenigen Fällen von Arteriosklerose von einer starken Gefäßbelastung sprechen.

Zum Schluß geht Cramer noch eingehend auf die Differentialdiagnose der progressiven Paralyse gegenüber ein und hebt besonders die Bedeutung der Wassermann'schen Serumreaktion aus der Spinalflüssigkeit hervor.

In seinem Schlußwort betont Cramer nochmals die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose, weil nur so es möglich ist, den Patienten vor Schaden zu bewahren und die Krankheit zum Stillstand zu bringen.

O. Rehm: Die Ergebnisse der Untersuchung von Kindern manisch-depressiver Kranken.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinn, Bd. III, Heft 1.)

Die Untersuchungen haben den ausgesprochenen Zweck, unser Wissen von den Grundlagen der funktionellen Psychosen zu fördern, und erstrecken sich auf 44 Kinder von 19 manisch-depressiven Kranken, deren 13 ihrerseits von der Aszendenz hereditär belastet sind. 52 % der Kinder erschien geistig nicht gesund, 29 % in konstitutionell manisch-depressiver Art degeneriert, und zwar meist ohne ausgebildete Psychose; die Abgrenzung gegenüber Affektschwankungen normaler Breite ist jedenfalls nicht ganz leicht. Solche vergleichende Studien bei Familienangehörigen sind wertvoll und bedürfen noch sehr der Förderung.

Müller (Dösen).

Barbo: Osteomalazie bei Geisteskranken.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 2.)

B. kann aus seiner Erfahrung vier Fälle von Osteomalazie in Verbindung mit Geisteskrankheit mitteilen. In allen vier Fällen handelte es sich um De-

mentia praecox, sie bestätigen also die Vorliebe der O. für diese Krankheit. Da beide auf Stoffwechselstörungen zurückgeführt werden können, so ist ein innerer Zusammenhang wohl anzunehmen; welches aber das Verhältnis beider zueinander ist, darüber gestatten unsere bisherigen Kenntnisse kein Urteil. Chotzen.

Ossipow (Kasan): Über das photographische laute Lesen.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 320.)

O. teilt einen Fall mit, in dem ein typisch katatonischer Patient jedesmal, wenn es überhaupt gelang, ihn zu lautem Lesen zu veranlassen, dies in der Weise tat, daß er alle Zeichen und Interpunktionen mitlas. O. setzt die Erscheinung in Parallele zu den sonst bekannten Echokinosen und sucht, wie für diese, die Erklärung in der psycho-reflektorischen Funktion. Er schlägt die im Titel genannte Bezeichnung für das Symptom vor.

Haymann (Freiburg i. B.).

Wimmer (Kopenhagen): Über Assoziationsuntersuchungen, besonders schwachsinniger Kinder.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, H. 2 u. 3.)

Untersuchungen über die Ideenassoziation gaben die erste Grundlage für die Beurteilung des „individuellen geistigen Arbeitstypus“. Um dessen Anomalien zu erkennen, ist eine genaue Prüfung der Ideenassoziationen beim normalen Kinde notwendige Voraussetzung. So stellte denn auch W. zunächst eingehende Versuche an normalen Kindern an. Als charakteristisch für ihre Ideenassoziationen fand er einen „Vorstellungskonkretismus“ und die „Erinnerungsassoziation“ (Verknüpfung von Individualvorstellungen unter Ausnutzung des individuellen Erinnerungsschatzes), denen — beim gebildeten Erwachsenen — die Symbolassoziation (mittels des Wortsymbols) gegenübersteht. Außerdem sind beim Kinde die Assoziationen viel häufiger optisch (und dementsprechend raumbestimmt) als beim Erwachsenen (wo sie häufiger zeitbestimmt sind). Endlich zeigt das normale Kind eine Vorliebe für die synthetische Assoziationsform und besonders für die Assoziation zwischen Gesamtheit und Gesamtheit, d. h. zwischen konkreten Erinnerungskomplexen.

Als charakteristisch für die Vorstellungsverknüpfung des schwachsinnigen Kindes weist W. nach: das starke Vorherrschen des unbestimmten Assoziations-typus, der Symbolassoziation; die Unbestimmtheit der relativ spärlichen Erinnerungsassoziationen und deren ausgeprägt egozentrische Eigenschaft; das Überwiegen analytischer Assoziationen im Gegensatz zu solchen zwischen Gesamtheit und Gesamtheit; das Vorkommen allzu weiter Allgemeinassoziationen, Definitionen u. dgl.; die Häufigkeit reiner Verbalassoziationen (Wortergänzungen usw.); Perseveration, sinnlose oder völlig ausbleibende Reaktion; endlich starke Verlängerung der Assoziationszeit. Als Ursache dieses durchgreifenden Unterschieds sieht W. die herabgesetzte assoziative Energie des schwachsinnigen Kindes an, hauptsächlich beruhend auf einer Herabsetzung der potentiellen Energie der Gehirnzellen.

Haymann (Freiburg i. B.).

R. Ehrenberg (Göttingen): Über alimentäre Glykosurie bei Psychosen.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 1.)

E. hat 41 Fälle, die sich auf die verschiedensten Psychosen verteilen, auf ihre Fähigkeit, Traubenzucker zu assimilieren, untersucht. Er fand, daß die

Assimilationsgrenze zwar durch das Alter des Individuums wesentlich beeinflusst werde, nicht aber durch irgendwelche Psychose — wie dies frühere Untersucher nach ihren, unter sich teilweise widersprechenden, Resultaten angenommen hatten.

Haymann (Freiburg i. B.).

Gregor (Leipzig): Beiträge zur Psychopathologie des Gedächtnisses.
(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, H. 3 u. 4.)

Der Autor gibt zunächst eine Darstellung und Begründung seiner Methode einer experimentellen Untersuchung des Gedächtnisses bei Geisteskranken und teilt dann, je unter Anführung kurzer Krankengeschichtsauszüge, ausführlich die Ergebnisse seiner Versuche mit, die sich auf progressive Paralyse, Korsakoff'sche Psychose, senile Demenz, Hebephrenie und Imbezillität erstreckten. Aus dem reichen Inhalt kann im Referat nur einiges wenige hervorgehoben werden.

Die Fälle von progressiver Paralyse zeigten bei relativ guter Merkfähigkeit eine verminderte Lernfähigkeit, zurückzuführen auf die erschwerte Bildung von Assoziationen; auch die Nachdauer der Lernwirkung war herabgesetzt infolge des raschen Abfalls der Assoziationen. In schwereren Fällen standen Aufmerksamkeitsstörungen im Vordergrund, und es fand ein durch keine Obervorstellung bestimmter Abfluß gerade zufällig im Bewußtsein befindlicher oberflächlicher Assoziationen statt. Bei der Korsakoff'schen Psychose besteht starke Merkfähigkeitsstörung; trotzdem konnten, bei der chronischen wie bei der akuten Form, Spuren des Erlernten noch monatelang nachgewiesen werden; die Merkfähigkeit führte zu charakteristischen Fehlern in der Reproduktion, die leicht eine tiefere Störung des Intellekts vortäuschen können; die Gedächtnisstörung erwies sich als unabhängig von der Merkstörung. Von beiden unabhängig zeigte sich die Störung der Aufmerksamkeit. Bei der senilen Demenz besteht Herabsetzung der Lernfähigkeit, besonders für Namen und Zahlen, und Herabsetzung des Gedächtnisumfanges. Für die Fälschung der Reproduktion kommt geläufigen Assoziationen eine große Bedeutung zu. Unter den Hebephrenien zeigten akute Fälle starke Aufmerksamkeitsstörungen, chronische eine Herabsetzung der Auffassungsfähigkeit. Die Beobachtung der Fälle von Imbezillität ergab die assoziative Störung als die primäre, den Mangel apperzeptiver Funktionen als sekundär.

Haymann (Freiburg i. B.).

Hübner und Selter (Bonn): Über die Much-Holzmann'sche Kobragiftreaktion im Blute Geisteskranker.

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr. 27.)

Die beiden Autoren haben, wie dies inzwischen noch von vielen anderen Seiten geschehen ist, die von Much und Holzmann angegebene Methode einer spezifischen Reaktion, die im Blute Manisch-Depressiver und Dementer (*Dementia praecox*) auftreten sollte, an ihrem Material exakt nachgeprüft. Sie fanden sie, wie fast alle anderen Nachuntersucher, bei sehr vielen anderen Krankheiten gleichfalls positiv, und in mehr als der Hälfte aller Fälle, wo sie positiv hätte ausfallen müssen, blieb sie aus. Eine Erklärung für diese Unstimmigkeiten vermögen die Autoren nicht zu geben. Den Psychiater haben sie wohl nicht überrascht.

Haymann (Freiburg i. B.).

Risch (Eichberg): Zur Kasuistik der Schlafzustände.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 110.)

Mitteilung eines Falles von akut eingetretenem Schlafzustand, der fünf Jahre lang, bis zum Tode, andauerte, nur unterbrochen durch Suggestion des Referenten, aber auch nur dieses, und nur vorübergehend, nicht dauernd beeinflussbar; dabei traten anfangs Eifersuchts-, später Versündigungs-, schließlich paranoide Ideen, alle sehr einförmiger Natur, auf. Verf. kann eine befriedigende Antwort auf die Frage der Einreihung ins System nicht finden; er nimmt „fließende Übergänge von hysterischen zu katatonieähnlichen Symptomenkomplexen“ an.

Haymann (Freiburg i. B.).

Ugolotti (Colorno): Ricercando fra le cartelle mediche dell' Istituto.

(Giorn. d. psich. clin. e tecn. manic., Bd. XXXVI, H. 3/4.)

Unter 500 weiblichen Kranken, die von 1901—1907 aufgenommen wurden, befanden sich 38 Puerperalpsychosen. Von diesen konnte bei 17 eine genaue Diagnose nicht gestellt werden, doch schienen die meisten Fälle in das Gebiet der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins zu gehören; dabei überwogen die depressiven Zustände. Von den 21 übrigen Fällen reproduziert Verf. in kurzen Zügen die Krankengeschichte.

Da der Verf. überzeugt ist, daß eine spezifische Puerperalpsychose nicht existiert, so lag ihm daran, an dem gegebenen Material festzustellen, was für Formen und in welchem Prozentsatz sie infolge des Puerperiums (Gravidität, Puerperium und Laktation) vorkommen, und ferner, was für Schlüsse sich daraus betreffs des manisch-depressiven Irreseins und des Bestehens einer Involutionmelancholie als eigener Krankheitsform ziehen ließen.

4 (0,8 %) waren Schwangerschafts-, 15 (3 %) Puerperal-, 19 (3,8 %) Laktationspsychosen. Was die Formen anbelangt, so waren es: Dementia praecox 8, manisch-depressives Irresein 5, Amentia 6, Delirium acutum 1, Epilepsie 1 Fall. Demnach bilden die Dementia praecox und das manisch-depressive Irresein die Hauptgruppen, denn betreffs der Diagnose Amentia gibt Verf. selbst zu, daß wahrscheinlich unter ihrem Bilde Fälle der erstgenannten Arten verlaufen sein möchten. Bei der Dementia praecox überwogen die hebephrenen und katatonen Verlaufsarten, beim manisch-depressiven Irresein die depressiven Zustandsbilder. Von einer Involutionmelancholie berichtet Verf. nichts.

Wolff (Katzenelnbogen).

Tambroni (Ferrara): Contributo allo studio del sintoma di Forel (così detto insalata di parole).

(Giorn. di psich. clin. e tecn. manic., Bd. XXXVI, H. 3/4.)

Verf. führt eine Reihe von Fällen an, die das von Forel sogenannte Symptom des Wortsalates in mehr oder minder hohem Grade zeigen. Nicht nur die Intensität ist verschieden, sondern auch die Art und Weise. Das vorherrschende Symptom ist das der Verwirrtheit, und zwar beruht dieselbe auf dem Verlust der Verbindungen, die normalerweise die verschiedenen Teile der Rede zusammenhalten: nämlich grammatikalische und logische Verbindungen. Wenn man das Handeln der Patienten beobachtet, so besteht indessen nichts weniger als wirkliche Verwirrtheit (nämlich bei den Kranken mit Dementia praecox, bei denen das Symptom am öftesten getroffen wird), denn auf einfache

Fragen antwortet der Kranke gut, und wenn er in Wortsalat verfällt, so kann man oft genug in dem Chaos den Gedanken erkennen, den er ausdrücken will.

Nach Verf.'s Meinung handelt es sich nicht bloß um eine wesentlich verbale Störung, wie Kraepelin will, sondern dazu um eine Störung der Kritik, der Kontrolle über die eigenen verbalen und graphischen Schöpfungen. Im Traum und im leichten Alkoholrausch finde sich ähnliches.

Wolff (Katzenelnbogen).

H. Vogt: Über Fälle von Jugendirresein im Kindesalter (Frühformen des Jugendirreseins).

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 3/4.)

Nach Mitteilung dreier sehr interessanter eigener Beobachtungen über eine katatone, eine hebephrene und eine paranoide Psychose bei Kindern im Alter von 5, 9 und 15 Jahren bespricht V. die Nosologie der im jugendlichen Alter vorkommenden Verblödungsprozesse. Nach ihrem ganzen Krankheitsbilde stellen sie sich als Frühformen des Jugendirreseins dar. Dieses kommt also auch vor der eigentlichen Pubertät vor; allerdings nimmt V. an, daß dabei, wie er in einem seiner Fälle beobachtet hat, eine verfrühte Pubertätsentwicklung eine Rolle spielt. Am häufigsten sind die katatonen Formen, deren charakteristische Symptome ja dem normalen psychomotorischen Verhalten der Kindheit nahe stehen. Die Verblödung zeigt Eigenheiten, welche der kindlichen Psyche entstammen. Viele Fälle treten bei vorher Schwachsinnigen auf, manche bei Normalen. Viele zeigen lange vorher Eigentümlichkeiten, Manieren, die in der Schule leicht verkannt werden. Verlauf und Ausgang entsprechen denen der Erkrankungen im späteren Alter; es kommen Heilungen und Stillstände, also Heilungen mit Defekt vor, andere gehen in totale Verblödung aus.

Differentialdiagnostisch kommen außer Hysterie und eigenartigen Spannungszuständen bei Verdauungskrankheiten hauptsächlich die vielen Fälle von Idiotie mit katatonen Symptomen in Betracht. Wenn sich die Unterscheidung aus der eigenartigen Form der Verblödung nicht ergibt, muß sie aus Verlauf und Begleiterscheinungen gewonnen werden. Jedenfalls sehen aber die mit Defekt geheilten Fälle solchen Idiotieformen sehr ähnlich und manche Erkrankung, die als angeborener Schwachsinn gilt, ist wohl ein solcher erworbener Defektzustand. Die „Dement. infantil.“ von Heller gehört z. T. hierher, z. T. stellt sie eine eigenartige noch unbekannte Krankheitsform dar. Chotzen.

Friedmann (Mannheim): Zur Kenntnis der affektiven Psychosen des Kindesalters, insbesondere der milderer Formen.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXVI, S. 36.)

Wie alle Psychosen sind auch die affektiven im Kindesalter selten. (F. selbst teilt zehn Krankengeschichten von eigenen Fällen mit.) Häufiger als die früher hauptsächlich beschriebenen schweren Fälle begegnen einem immerhin leichte, kurzdauernde Melancholien und auch Manien bei Kindern. Drei Formen können dabei unterschieden werden: 1. periodische Psychosen mit großen Serien kurzer Anfälle von Depression oder Erregtheit; 2. die „psychopathischen Reaktionen“, keine echten Psychosen, sondern atypische Verstimmungen bei nervös veranlagten Kindern nach starken Gemütsbewegungen — immer zur Genesung führend und ohne Nachteil für das spätere geistige Leben; 3. die Vorläufer der echten

periodischen Psychose, zuweilen auch ausgelöst durch besondere Aufregungen und meist auch kurz dauernd, aber prognostisch viel ernster zu nehmen; zuweilen treten dabei zwangsmäßige oder fixe Ideen oder Impulse auf. — Unruhig-nervöses Temperament kann pseudomaniakalische Zustände vortäuschen, schon bei Säuglingen.
Haymann (Freiburg i. B.).

Friedländer (Hohe Mark): Über die Bewertung der Imbezillität und der sogenannten Moral insanity in praktischer und forensischer Beziehung.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 310.)

Anknüpfend an einen Fall aus der Praxis teilt Fr. seine theoretischen Anschauungen über die Moral insanity mit. Das Wesentlichste ist folgendes: An isolierte moralische Defekte ohne gleichzeitige, wenn auch geringe, Störungen des ganzen Seelenlebens, zu denen auch die Verstandestätigkeit gehört, glaubt F. nicht, weil sich in der gesamten Pathologie die Abhängigkeit des ganzen Organismus von einzelnen Störungen zeige. Sittliche Defekte können forensisch nur dann als krankhaft bezeichnet werden, wenn sie als Teilerscheinung einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit nachzuweisen sind — im besonderen der Imbezillität. Als Gradmesser für diese Imbezillität dient praktisch am besten das Maß der Willensstörung, für die forensische Beurteilung das Maß der Schutzbedürftigkeit. In manchen Fällen sind psychiatrische und pädagogische Einwirkung imstande, eine Besserung herbeizuführen.

Haymann (Freiburg i. B.).

Behr: Über die Bedeutung der Plasmazellen für die Histopathologie der progressiven Paralyse.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 3/4.)

Es gibt keine Paralyse ohne Plasmazelleninfiltrate an den Hirngefäßen; ihr Fehlen schließt die Paralyse aus. Fünf Fälle des Verf., die klinisch als Paralyse gehalten worden waren (Arteriosklerose, Hirnlues, eine Erkrankung unbekannter Natur), konnten so anatomisch sicher als nicht paralytisch erkannt werden, weil hier die Plasmazellen fehlten zugleich mit dem übrigen Befund für P.

Andererseits darf aus dem Befund vereinzelter Plasmazellen allein nicht die Diagnose Paralyse gestellt werden, denn sie können auch bei Blutungen, Erweichungen, Sklerosen, Geschwülsten und entzündlichen Prozessen tuberkulöser oderluetischer Art vorkommen. Hier sind sie jedoch nur in einer entzündlichen Zone in der Umgebung der Herde zu finden, wohingegen ihre diffuse Ausbreitung über das ganze Gehirn bisher nur bei Paralyse gefunden wurde und für sie pathognomonisch ist. Durch den Nachweis der Plasmazellen in den tiefen Gehirnteilen kann also auch die Differentialdiagnose gegen eine diffuseluetische Meningoenzephalitis gestellt werden, die bei großer Ausbreitung in der Rinde der Paralyse sehr ähnliche Bilder hervorbringt.
Chotzen (Breslau).

M. Semon (Danzig): Polyneuritis und Korsakoff'sche Psychose bei Kolipyelitis in der Gravidität.

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 32.)

Im zweiten Monat der Schwangerschaft stellte sich bei einer 27jährigen, bisher fünf Jahre steril verheirateten Frau Erbrechen ein, das zunächst als

Hyperemesis gravidarum gedeutet wurde, bald aber unter geeigneter klinischer Behandlung sistierte. Dafür entwickelte sich eine Polyneuritis mit Beteiligung des Vagus (dauernd hohe Pulsfrequenz auch in fieberlosem Zustand) und ausgesprochene Korsakoff-Psychose. Im eitrig getrüben Urin wurde *Bacterium coli* nachgewiesen. Nach einer Remission von kurzer Dauer verschlimmerten sich die neuritischen und psychischen Erscheinungen, sowie auch die Pyelitis so, daß der künstliche Abort eingeleitet werden mußte, der zunächst günstig wirkte. Allmählich entwickelte sich eine hochgradige Kontraktur der Flexoren an beiden Beinen, die zur chirurgischen Behandlung (Tenotomie sämtlicher Flexoren, ausgedehnte Hautdurchtrennungen) zwang. Infolge Poplitealthrombose mit Gangrän des rechten Unterschenkels starb die Patientin trotz frühzeitiger Amputation. Die Obduktion wurde verweigert. S. führt die Polyneuritis und Psychose auf die Vergiftung des Organismus mit *Bacterium coli*-Toxinen zurück. In solchen Fällen muß die Indikation zur künstlichen Frühgeburt, die v. Hößlin nur für die schwersten Formen von Polyneuritis reserviert wissen will, als gegeben erachtet werden. Die Kolipyelitis trotz der örtlichen und internen Therapie (Ureterenspülung, Urotropin, Helmitol, Salol). Liebetrau (Hagen i. W.).

Dr. Bornstein (Göttingen): Die chemische Zusammensetzung des Blutes bei progressiver Paralyse.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 160.)

Verf. bestimmte durch Messung der „Säurekapazität“ die Alkaleszenz des Blutes von Paralytikern, und zwar in der anfallsfreien Zeit. Er fand eine, wenn auch nicht hochgradige, Herabsetzung der Alkaleszenz gegenüber der Norm, während zwei daraufhin untersuchte Fälle von Lues cerebrospinalis diese Herabsetzung nicht zeigten. Worauf sie bei den Paralytikern zurückzuführen ist, blieb fraglich, jedenfalls nicht auf eine Vermehrung der organischen Säuren im Blute, ebensowenig auf Änderungen in der Menge oder dem Verhältnis der verschiedenen Eiweißkörper. In zwei von sechs Fällen war das Fibrin deutlich vermehrt; der Lezithingehalt war zum Teil erhöht, zum Teil stand er an der oberen Grenze der Norm.

Haymann (Freiburg i. B.).

Löwenstein: Ein Beitrag zur Lehre von den Degenerationspsychosen.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 3/4.)

Kasuistischer Beitrag zu den paranoiden Formen der Degenerationspsychosen. Eine durch geschäftliche Verluste ausgelöste Depression mit hypochondrischer Angst und theatralisch inszenierten Suizidversuchen wurde nach der Internierung sofort von einer paranoiden querulatorischen Psychose abgelöst, die durchaus den Eindruck einer progredienten machte, aber nach der Entlassung sofort verschwand. Pat. ist gesund geblieben.

Also die degenerativen Merkmale: Entstehung aus überwertigen Ideen, ihre Anknüpfung an affektbetonte Erlebnisse, Abhängigkeit vom Milieu und den äußeren Umständen und günstige Prognose.

L. macht aufmerksam, daß die Kenntnis solcher Fälle nicht nur aus prognostischen, sondern auch aus therapeutischen Gründen wichtig ist.

Chotzen (Breslau).

Benigni (Bergamo): *Delirio sensoriale acuto e meningismo.*

(Giorn. di Psich. clin. e tecn. manic., Bd. XXXVI, H. 3/4.)

Einer früheren, in diesem Zentralblatt referierten Arbeit über dasselbe Kapitel fügt Verf. einen neuen Fall hinzu. Es handelt sich um Fälle, die bei der Sektion keine makroskopischen organischen Abweichungen zeigten, mikroskopisch fand sich eine parenchymatöse Degeneration der zelligen Elemente, aber keine der Meningitis eigene Veränderung. Es handelt sich also lediglich um funktionelle Erscheinungen, um pseudomeningitische Symptome.

In dem neuen Falle handelt es sich um einen Patienten, der infolge von Trauma capitis und Alkoholismus bereits dreimal vorher in der Anstalt behandelt war. Das vierte Mal kam er wieder in starkem Erregungszustande, kompletter Desorientierung und Gesichtshalluzinationen. Dazu kamen Erbrechen, Fieber von unregelmäßigem Verlaufe zwischen 38 und 39°, Kaubewegungen, isolierte rechtsseitige Spasmen und tonische Kontraktionen, linksseitige Parese, bis zur Paralyse sich steigernd, epileptiforme Konvulsionen, zuerst rechts, dann allgemein werdend, Steifheit der Wirbelsäule, Harnverhaltung. Die Krankheit ging in Heilung über, zuerst verschwanden die somatischen Symptome, die psychischen dauerten noch länger an.

Die Ursache der Erkrankung findet Verf. in dem Entstehen von Toxinen im Darm infolge der Wirkung des Alkoholismus. Da eine bakteriologische Untersuchung des Liquors absolute Abwesenheit von Bakterien ergab, so ergibt sich nach Verf., daß Toxine bei Abwesenheit von Bakterien in der Zerebrospinalflüssigkeit keine wahre meningitische Exsudation, sondern nur Pseudomeningitis hervorzurufen vermögen.

Wolff (Katzenelnbogen).

Sante de Sanctis (Rom): *Quadri clinici di Dementia praecox nell'infanzia e nella fanciullezza.*

(Riv. it. di Neuropat., Psich. ed. Elettrot., Bd. II, H. 3.)

Es handelt sich, wie Verf. sich ausdrückt, um die immer noch diskutable Aufstellung der sog. „Dementia praecocissima“. Er bringt einen Fall bei einem Kinde von acht Jahren, bei dem im Alter von fünf Jahren Veränderungen des Charakters und der Intelligenz eintraten. Das Kind wurde unruhig und beging verkehrte Handlungen, in der Schule hieß es „der Verrückte“. Die Untersuchung ergab veränderliche Aufmerksamkeit, leichtes Ausbrechen in grundloses Lachen, extravagante, bald wieder verlassene Ideen, periodenweise Erregung, viel sprechend, leichte Reaktion auf Reize, dabei aber gutes Gedächtnis. Bei der letzten Untersuchung zeigten sich stereotype Bewegungen, tonische Perseverationen, Verbigeration, kataleptische Zeichen. Das Kind mußte aus der Schule entlassen werden. Neurologisch fand sich nichts wie lebhafte Reflexe und abgeschwächte Schmerzempfindlichkeit.

Was die Differentialdiagnose gegen die Phrenasthenie anbetrifft, so spricht sich Verf. dahin aus, daß die letztere nicht heilbar sei und nicht so plötzlich auftrete wie die oben aufgestellte Krankheitsform, in der überdies neurologische Symptome plegischer Natur fehlten.

Nach einem Überblick über die Geschichte der Krankheit berichtet Verf. einen weiteren Fall, in dem es sich um ein zweijähriges Kind mit den Symptomen des katatonen Stupors handelte, der aber in Heilung überging, so daß

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

9

das Kind sich normal weiterentwickelte. Verf. meint, nicht jede Katatonie gehöre zur Dementia praecox, seine Namengebung solle auch nur provisorisch sein, er wolle nichts weiter als festgestellt haben, daß es in der allerersten und ersten Kindheit Psychosen gäbe, und zwar nicht allzu selten, die nicht zu Phrenasthenie. Hysterie oder Epilepsie gehörten, sondern Analogien mit der von Kraepelin so genannten Dementia praecox hätten. Verf. führt fünf Arten an:

1. akute, heilbare von Katatonie mit Stupor, Negativismus, Katalepsie. Halluzinationen,

2. subakute, heilbare von Katatonie mit perzeptivem Torpor, Apathie, Negativismus, Katalepsie,

3. chronische Katatonie mit ungewisser Prognose, mit leicht erkennbarem intellektuellem Defizit,

4. chronische Hebephreno-Katatoniker, besserungsfähig, aber mit einigem bleibendem intellektuellem Defizit, Stereotypien, Negativismus,

5. chronische gemischte Fälle mit ausgeprägtem Mangel an affektivem Leben neben intellektuellem Defizit, extravaganten Ideen, Erregung, Perseveration in Bewegungen und Haltung, Widerstreben.

Was die Ätiologie anbetrifft, so ergebe sich bisher:

1. hereditäre Anlage, besonders Alkoholismus der Eltern,

2. akute und chronische Infektionskrankheiten, wie Pertussis, Enteritis. Neuritis; Rachitismus, psychische Traumen,

3. Entwicklungsanomalien.

Wolff (Katzenelnbogen).

Baccelli (Brescia): Tic aerofagico e Demenza precoce.

(Riv. it. di Neurop., Psych. ed Elettroterap., Bd. II, H. 7.)

Bei einem 19jährigen Katatoniker trat das obengenannte Symptom auf, noch ehe die Diagnose ganz sichergestellt war. Es bestand darin, daß der Patient mittels einer kräftigen Inspiration Luft einsog und hinunterschluckte und sie mit einem sonoren Geräusch wieder von sich gab. Dabei zeigte sich keinerlei Geruch, und es kam auch des Nachts vor, aber nur während dem Wachen.

Es handelt sich hier um eine Erscheinung, die für gewöhnlich nur bei Hysterischen beobachtet wird, aber man muß sich, wie Verf. ausführt, gegenwärtig halten, daß die Dementia praecox oft genug ein nervöses Vorstadium aufweist mit hysterischen und neurasthenischen Zügen. Der hier geschilderte Fall beweist ihm, daß es sich nicht um eine Art Spasmus, um eine unwillkürliche Bewegung handelt, sondern daß das Symptom psychisch bedingt ist, denn der Kranke konnte es auf Kommando unterbrechen und wieder hervorrufen. Er hält es nicht gerade für ein Zeichen von großer Bedeutung, aber immerhin müsse man da, wo es in die Erscheinung tritt, ebenso an Dementia praecox denken, wie man sonst gewohnt war, es bei Hysterie und Neurasthenie zu finden.

Wolff (Katzenelnbogen).

Vidoni (Treviso): Epilessia psychica e motoria in un caso di sclerosi multipla.

(Riv. it. di Neuropat., Psych. ed Elettroterap., Bd. II, H. 7.)

Übereinstimmend berichten die Autoren, daß in der multiplen Sklerose Aufregungszustände selten sind und die geistige Störung in einer einfachen Abnahme der psychischen Fähigkeiten, in einem Stumpfwerden, besteht. Um so

merkwürdiger der hier skizzierte Fall, in dem eine ganze Reihe kurzdauernder epileptischer Äquivalente auftrat. Es handelt sich um ein Individuum von 41 Jahren. In der Jugend litt er an Blennorrhöe und „venerischen Geschwüren“, wobei Verf. aber anmerkt, daß nicht die geringsten Zeichen von Lues vorhanden waren. Die multiple Sklerose besteht seit etwa 1 1/2 Jahren, sie trägt, der Beschreibung nach, die typischen Züge. Am fünften Tage seines Aufenthaltes kam es plötzlich zu einem Erregungszustand, Pat. stand auf, gestikulierte, machte Gebärden des Angriffs und der Abwehr, rief Hilfe, die Augen waren von irrem Ausdruck, auf äußere Einwirkung erfolgte keine Reaktion. Solche Anfälle wiederholten sich öfters, es bestanden Halluzinationen und chaotisches Delir. Nach einigen Stunden klang der Anfall ab, das Individuum zeigte eine Art Stumpfheit und Amnesie. Nachdem die ersten Male keinerlei Krampferscheinungen dabei vorhanden waren, kam es nach ein paar Wochen auch zu allgemeinen, immerhin vorwiegend linksseitigen Krämpfen ganz nach Art der epileptischen.

Ein Nachwort besagt noch, daß Patient später in einem wahren Status epilepticus starb und daß die Sektion die Diagnose bestätigte.

Wolff (Katzenelnbogen).

Risch (Eichberg): Über die Verkennung psychogener Symptomenkomplexe der frischen Haft und ihre Verwechslung mit Katatonie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 291.)

Die hier beschriebenen Haftpsychosen haben scheinbar die größte Ähnlichkeit mit katatonischen Bildern; sie zeigen Negativismus, Stereotypien, Manieren, Katalepsie, motorische Explosionen usw. Sie setzen meist mit Erregungszuständen ein, die dann bald einem mehr oder weniger vollkommenen Stupor weichen. In anderen Fällen beherrscht eine ängstliche Erregung das Bild. Sehr häufig sind Halluzinationen, besonders des Gehörs, des Geruchs und des Geschmacks. Als psychogen werden diese Krankheitsformen charakterisiert durch ihre Entstehung und ihre Beeinflußbarkeit durch psychische Traumen; sie unterscheiden sich aber von der Hysterie durch das Fehlen aller körperlichen Stigmata und der hysterischen Charakterdegeneration. Das wichtigste differentialdiagnostische Moment ist die Beeinflußbarkeit durch äußere Umstände, so besonders auch durch die Anwesenheit eines Beobachters. Illustriert werden die Ausführungen des Verf. durch vier Krankengeschichten

Haymann (Freiburg i. B.).

Stengel und Hegar: Über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 1.)

Referate auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte, 7. XI. 08.

St. bespricht die Vor- und Nachteile von Adnexen an Strafanstalten und gibt eine Übersicht über die Leistungen des seiner Leitung unterstehenden Bruchsaler Adnexes. Das habe sich im wesentlichen gut bewährt. Sie seien zu empfehlen, weil sie am besten die frühzeitige Ausscheidung erkrankter Rechtsbrecher aus dem Strafvollzug bewirken. Sie sollen nur die während der Strafe Erkrankten aufnehmen, nicht die noch nicht Verurteilten. Sie sollen auch nur Heilzwecken dienen, aber keine dauernde Versorgung abgeben; nach dem Strafende müssen die nicht Entlassungsfähigen in Irrenanstalten kommen. Die Belastung der badi-schen Irrenanstalten durch diese Kranken ist gering; es handelt sich hierbei zu-

meist um die Gruppe der Verblödungsprozesse, die mit der ebenso großen Gruppe der degenerativen Erkrankungen zusammen $\frac{5}{6}$ des gesamten Bruchsaler Materials ausmachte. Von den letzteren konnten die meisten entlassen werden, nur ein Teil kam in die Anstalten und bedurfte intensiverer Verwahrung. Die psychisch Minderwertigen sind nur zum kleinsten Teil psychotisch und bedürfen psychiatrischer Behandlung, die meisten vertragen einen individualisierenden Strafvollzug gut.

H. referiert vom Standpunkt des Anstaltsarztes: Zunächst gibt er einen Überblick über alle in den badischen Anstalten vorhandenen Rechtsbrecher bezüglich ihrer Heredität, Entwicklung, Krankheitsform, Art der Kriminalität usw. Bei einem kleinen Teil von ihnen steht das Vergehen mit der Psychose nicht im Zusammenhang, oder aber es ist eine zufällige Folge der Krankheit. Bei der Mehrzahl aber entspringt das Verbrechen einer angeborenen krankhaften Verfassung, einer psychopathischen Anlage oder einem endogenen Krankheitsprozeß, bei dem die Kriminalität das erste Anzeichen der Psychose ist. Nur die Kranken der zweiten Gruppe können bei ihrer Unterbringung mehr Schwierigkeiten machen, als nicht Kriminelle. Auch in der Gesamtzahl überwiegen die angeborenen Defektzustände, die degenerativen Psychosen und Dementia praecox mit zusammen 83 $\frac{0}{100}$. Die Erkrankten waren in der überwiegenden Mehrzahl mehrfach Bestrafte, zum großen Teil Gewohnheitsverbrecher. Was die Unterbringung anlangt, so widerrät auch H. besondere Einrichtungen für geistig Minderwertige, wegen der Unbestimmtheit des Begriffes, die Mißbrauch begünstigt, weil ihre Zahl nicht festzustellen ist und weil sie einer anderen Behandlung nicht bedürfen. Besondere Anstalten für Kriminelle und sonstige gefährliche Kranke zusammen verwirft H. ebenfalls mit vollem Recht; er stellt die vielen Unzuträglichkeiten in solchen Anstalten dar. Schwerwiegende Gründe sprechen auch gegen Adnexe an Irrenanstalten, die nur die gefährlichsten Elemente vereinigen sollen. Vielmehr empfiehlt Ref. weitgehende Dezentralisation, Verteilung auf möglichst viele Anstalten, und in der Anstalt auf die verschiedensten Abteilungen. Die meisten Kriminellen verlangen keine andere Behandlung, als die nicht Kriminellen; nur für einen kleinen Teil ist wirklich besondere Bewachung nötig, und dazu ist eine entsprechend sichere Ausgestaltung der festen Häuser in den Anstalten vollkommen ausreichend.

Chotzen (Breslau).

Windscheid (Stötteritz): Epilepsie als Unfallfolge anerkannt.

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 40.)

Ein 32-jähriger Eisenbahnheizer, bisher völlig gesund, wurde von einer Lokomotivtür heftig vor die linke Brust getroffen und erlitt eine Reizung des Rippenfells. Nach einem viertel Jahr erstmaliges Auftreten von epileptischen Anfällen. Rekurs gegen eine Rente von 50 $\frac{0}{100}$. Beobachtung in der Windscheid'schen Klinik. Häufige Anfälle, neurasthenische Symptome, Zusammenhang zwischen Unfall und Epilepsie, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit zu erweisen, doch als wahrscheinlich bezeichnet. Darauf Vollrente.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Zentralblatt für **Nervenheilkunde und Psychiatrie.**

33. Jahrgang. Zweites Februarheft 1910. Neue Folge 21. Bd.

I. Originalien.

Die Prognose der traumatischen Neurose und ihre Beeinflussung durch die Kapitalabfindung.

Von Privatdozent Dr. **August Wimmer**, Kopenhagen¹⁾.

M. H! Die sehr schlechte Prognose der traumatischen Neurose ist ja hinlänglich bekannt. Mit Strümpell sind viele Neurologen geneigt, die Hauptursache für die Verschlechterung der Prognose darin zu erblicken, daß die Neurose durch psychische Faktoren festgehalten wird, durch die wegen des Versichertseins erweckten „Begehrungsvorstellungen“. Der „Rentenkampf“ ruft diese Vorstellungen wach, und der Rentenkampf verhindert zugleich ihr Wiederverschwinden. So ist ein Circulus vitiosus gesetzt, aus dem der Verletzte nie herauskommt. Ja, es wird neuerdings von erfahrenen Neurologen behauptet, es gäbe Fälle von „traumatischer Neurose“, wo das Trauma für die Entstehung der Neurose ganz ohne Belang sei und die einzige Ätiologie der nervösen Störungen die (unbegründeten) Begehrungsvorstellungen sind: die sogenannte „Rentenhysterie“ („névrose d'assurance“ von Henry Sécrétan).

Mit großer Einstimmigkeit wird darum von deutschen Neurologen eine einmalige Kapitalabfindung gefordert an Stelle der fortlaufenden Rente. Man hofft in dieser Weise die psychischen Noxen mit einem Schlage entfernen zu können.

Bis jetzt sind die Vermutungen über die günstige Einwirkung eines solchen Abfindungsmodus auf die Prognose der traumatischen Neurose wesentlich theoretischer Natur. Denn die deutschen (und französischen) Versicherungsgesetze gestatten eine solche Kapitalabfindung nur bei Verletzten, deren Invalidität nicht über 20 % beträgt. Auch hat schon auf der Wanderversammlung süddeutscher Irren- und Nervenärzte im Juni 1907, wo die ganze Frage von der einmaligen Kapitalabfindung eingehend erörtert wurde, ein Neurologe (A. Hoffmann) die Befürchtung ausgesprochen, daß an Stelle der „Rentenhysterie“ eine „Abfindungshysterie“ träte.

¹⁾ Vortrag, gehalten beim II. internationalen medizinischen Kongreß für Unfallverletzte in Rom, Mai 1909.

Nach dem dänischen Unfallversicherungsgesetze vom 7. Januar 1898 ist die einmalige Kapitalabfindung das prinzipale Verfahren; für die traumatischen Neurosen aber ist sie nicht verwirklicht worden. Das Gesetz fordert, daß die Feststellung des Invaliditätsgrades spätestens ein Jahr nach dem Unfall geschieht. Es braucht aber kaum gesagt zu werden, daß die genaue Feststellung des dauernden Invaliditätsgrades eines traumatischen Neurotikers an einem solchen Zeitpunkte fast unmöglich ist. Auf der anderen Seite ist eine möglichst schnelle Abfindung immer indiziert um die Besserung oder Heilung der Neurose zu erleichtern. Um dieser medizinischen Indikation zu genügen und um weder dem Verletzten noch den Versicherungsinstitutionen Unrecht zu tun, sind wir darum zu einer Kapitalabfindung in zwei Stadien geschritten. Sobald das Vorhandensein einer traumatischen Neurose beim Verletzten festgestellt ist, wird ihm nach den zurzeit vorliegenden Verhältnissen eine vorläufige, relative und partielle Entschädigung gestattet. Es wird hierdurch ein vorläufiger Abschluß geschaffen und die ganze Entschädigungsfrage für geraume Zeit eingestellt. Nach Verlauf von ein bis zwei Jahren wird die Sache wieder aufgenommen. Falls sich nun durch eine abschließende Spezialuntersuchung und durch Erläuterungen über die tatsächliche Arbeitsfähigkeit des Verletzten nach der ersten Abfindung eine größere Invalidität als die vorläufig angenommene (und zwar als eine wahrscheinlich bleibende) herausstellen sollte, wird dann dem Verletzten eine weitere definitive Kapitalentschädigung zuerteilt. Sonst wird die Sache ohne weitere Entschädigung erledigt.

In dieser Weise sind nun während der Jahre 1898—1907 inklusive 104 Fälle von traumatischer Neurose vom dänischen Arbeiterversicherungs-Rate behandelt worden. Für 75 dieser Fälle habe ich schon früher dem IV. internationalen Kongreß für Versicherungs-Medizin zu Berlin 1906 einen kurzen Bericht über die heilende Wirkung der ersten Abfindung vorgelegt. Von diesen 75 Fällen konnten 38 bei der Wiederaufnahme ohne weitere Entschädigung entschieden werden. Diesen durch die erste Abfindung geheilten Fälle schließen sich nun für die späteren Jahre weiter 16 Fälle an, die ebenso „geheilt“ waren, d. h. in denen entweder die Neurose in dem bis zur zweiten Entscheidung verflossenen Zeitraume gänzlich gewichen, oder deren Symptome bzw. die Arbeitsfähigkeit des Verletzten so weit gebessert war, daß eine weitere Entschädigungsgrundlage nicht angenommen werden konnte. Die Invalidität wurde durchschnittlich auf 20 % (etwa 1000 Mark) abgeschätzt.

Wir haben somit unter 104 Fällen von traumatischer Neurose 54, d. h. 51,9 %, die durch die „vorläufige“ Kapitalabfindung geheilt sind.

Auf die übrigbleibenden 60 Fälle komme ich jetzt zu sprechen. Für das Folgende ist es aber von Wichtigkeit, die Scheidung zwischen „reiner“ und „komplizierter“ Neurose vorzunehmen. Unter die Benennung „reine traumatische Neurose“ möchte ich die Fälle verstehen, die bei Verletzten rüstigen Alters entstehen, meistens nach einem einfachen Unfälle, ohne Beimengung organischer Läsionsfolgen und unter dem klinischen Bilde einer klassischen traumatischen Hysterie (oder Hystero-Neurasthenie) verlaufen.

Zu den „komplizierten Neurosen“ rechne ich zuerst die Fälle nervöser Störungen nach Trauma capitis, wo sich hysterische Symptome zwar vorfinden, aber in intimer Mischung mit anderen nervösen Symptomen, deren organische Genese mehr oder weniger klar zutage tritt (traumatische Hirndegeneration, zerebrale Arteriosklerose, durch den Unfall aggraviert usw.). Hier schließen sich eng an die traumatischen Neurosen bei Verletzten hervorgeschrittenen Alters. Auch nach schweren Gehirnerschütterungen behält die „traumatische Neurose“ oft ein Gepräge, die für organische Komplikationen sehr verdächtig bleibt. Und schließlich ergibt die Komplikation der traumatischen Hysterie mit organisch-peripheren, vom Unfall direkt herrührenden Läsionen (Nervenlähmungen, Gelenkversteifung usw.) eine prognostisch sehr üble Form der traumatischen Neurose.

Die „Heilung“ der traumatischen Neurose läßt sich in zwei Weisen feststellen. Man kann sich, wie ich es hier getan habe, mit der praktischen Heilung begnügen, indem man das meiste Gewicht auf die wiedergewonnene Arbeitsfähigkeit der Verletzten legt. Die Konstatierung von der neurologischen Heilung, d. h. das Verschwinden der subjektiven und objektiven Nervensymptome des Verletzten, erfordert natürlich eine Nachuntersuchung durch einen Nervenarzt. Ich möchte nicht meinen, daß solche Nachuntersuchungen überflüssig wären, und gedenke auch solche Untersuchungen durch einen jüngeren Kollegen anstellen zu lassen. Der objektive Wert solcher Untersuchungen scheint mir aber zweifelhaft, einmal weil eine absolute Kongruenz zwischen Menge und Art der neurotischen Symptome und die tatsächliche Arbeitsfähigkeit des Verletzten nicht besteht, und zweitens, weil eine solche Nachuntersuchung übrigens so vielen verschiedenartigen, bewußten und unbewußten Fehlerquellen ausgesetzt ist, daß ihre Bedeutung immer eine beschränkte bleiben wird. Ich werde darum allein von der praktischen Heilung der traumatischen Neurosen sprechen.

Wie zu erwarten war, handelte es sich in den 54, durch die erste Abfindung geheilten Fällen ganz überwiegend um reine Neurosen; nur acht ließen sich als „leicht komplizierte“ qualifizieren.

Wie schon erwähnt wurde, mußte 60 Verletzten bei der zweiten Abfindung eine weitere Kapitalentschädigung zuerkannt werden; das Mittel der weiter angenommenen Invalidität betrug 24 %, die Abfindungssumme etwa 1300 Mark.

Wie hat sich nun das weitere pathologische Geschick dieser 60 Neurotiker gestaltet? Leider habe ich von 16 dieser Verletzten keine Auskunft erhalten. Es waren meist ältere Leute, die jetzt vielleicht gestorben sind oder mit der Arbeit wegen hohen Alters aufgehört haben usw. Einzelne sind nach dem Auslande gezogen. Ich gestehe Ihnen gerne ein, daß dieser Umstand meine Betrachtungen über die Prognose der traumatischen Neurose natürlich weniger absolut macht. Aber von diesen 16 Fällen abgesehen, glaube ich doch, daß sich aus meinen Untersuchungen über das pathologische Schicksal der anderen 44 Fälle einige recht interessante und solide Schlüsse herausziehen lassen.

A. Reine Neurosen waren unter diesen Fällen 18; hiervon ist nur ein Fall unbekannt geblieben; 13 haben nach einer Gewöhnungszeit von längerer oder kürzerer Dauer ihre Arbeit wieder aufnehmen und einen ebenso hohen Arbeitslohn wie vor dem Unfalle verdienen können. Nur in vier Fällen blieb eine dauernde Invalidität bestehen. Somit sind unter 63 Fällen reiner traumatischer Neurose 59 durch die (zweimalige) Kapitalabfindung geheilt, d. h. 93,6 %.

Zugleich zeigt diese Ziffer, daß die Furcht vor einer „Abfindungshysterie“ jedenfalls etwas verfrüht ist.

Die vier ungeheilten Fälle reiner Neurose waren folgende: 29-jähriger Arbeiter. Unfall am 5. VII. 1904. Trauma des Unterleibes. Abdomineller Chok. Anfälle von Dyspnöe und Tachykardie; hysterische Konvulsionen; gemütl. Verstimmung. Erste Abfindung am 17. XI. 1904: 15 %. Fortbestehen der nervösen Symptome; leichtere Arbeit. Zweite Abfindung am 22. II. 1906 mit einer weiteren Entschädigung von 15 %. Arbeitet jetzt (April 1909) mit einer Lohnverminderung von 30 %.

32-jähriger Straßenbahnkondukteur. Unfall am 17. II. 1904. Elektrischer Stoß am rechten Auge. Augenschmerzen, Kopfschmerz, optische Hyperästhesie; Abschwächung der Merkfähigkeit, Charakterveränderung (Reizbarkeit, Wutanfälle), Schlaflosigkeit, gemütl. Depression. Schon vor der ersten Abfindung hatte er seinen Dienst wieder aufgenommen; seine Tüchtigkeit war aber entschieden herabgesetzt. Erste Abfindung am 16. III. 1905 mit 10 %. Fortbestehen der Neurose. Zweite Abfindung am 15. XI. 1906; weitere 10 %. Ist später mit Pension entlassen worden, meint selbst nur leichtere Arbeit verrichten zu können.

45-jähriger Arbeiter. Unfall am 6. X. 1904. Ertrückung; während

zehn Minuten in hoher See. Anterograde Amnesie. Hämoptysen. Hemihypalgesia sin. Monoplegia crural. sin. Mittelstarke Arteriosklerosé. Erste Abfindung am 30. IX. 1905 mit 15 %. Leichte Waldarbeit. Neuer Unfall am 19. XII. 1906 (Rippenbruch). Zweite Abfindung am 6. VII. 1907. Stigmata unverändert; Querulanz. 15 % weitere Entschädigung. Im März 1909 beträgt die Herabminderung seines Arbeitsverdienstes 50 %.

55jährige Arbeiterin. Unfall am 18. I. 1904. Hinabstürzen; gewalt-samer psychischer Chok. Verschiedene Kontusionen des Rumpfes. Über-energische medizinische Behandlung von falscher Diagnose („Rückenmarks-leiden“) heraus. Klassische Hysterie; Spontanbesserung, durch einen neuen Unfall (herabstürzende Mauer) vernichtet. Erste Abfindung am 19. XI. 1904 mit 18 %. Die Hysterie besteht fort; komplette Arbeitsinvalidität. Zweite Abfindung am 23. V. 1906 mit weiteren 40 %. Im März 1909 Status ganz unverändert (die Verletzte ist jetzt 60 Jahre alt).

Das Fortbestehen der Neurose bei diesen Verletzten dürfte jedenfalls für die zwei letzten durch die erwähnten aggravierenden resp. fixierenden Momente hinreichend erklärt sein. Für das Weib ist es eben fraglich, ob ihre Neurose den „reinen“ Neurosen angehört, oder ob das hervor-gerückte Alter der Patientin nicht eher vom Beginn ab der Hysterie dies Gepräge von Tenazität verliehen hat, das dem hervorgeschrittenen Alter eigen ist und von dem ich weiter unten zu sprechen komme.

B. Komplizierte Neurosen. Von den 42 Fällen dieser Kategorie ist das weitere Schicksal für die 15 unbekannt geblieben.

Nur drei Fälle heilten gänzlich nach der zweiten Abfindung; die organischen Komplikationen waren ganz leichter Art, und die Fälle boten übrigens nichts besonders Erwähnenswertes dar.

Ungeheilte Fälle habe ich 24. Die Art der komplizierenden resp. fixierenden Faktoren gestattet eine weitere Klassifizierung dieser Fälle.

a) So finden sich zuerst vier Fälle, wo die Neurose mit einer dauernden, peripheren Nervenverletzung einherging. Daß der Verletzte in solchen Fällen (komplette degenerative Peroneuslähmung und dgl.) seine frühere volle Arbeitstüchtigkeit nie wiedererlangen wird, kann nicht Wunder nehmen.

b) Dieselben Erwägungen sind am Platze bei zwei Verletzten, wo bei einem eine komplette, dauernde Schulterversteifung, beim anderen die schmerzhaften Überbleibsel eines Beckenbruches vorlagen. Auch in diesen Fällen entsprach die endgültige Herabminderung des Arbeitsverdienstes des Verletzten recht genau dem Umfange und Intensität seiner organisch-bedingten Invalidität.

c) Drei Fälle, Männer bis zum 40. Jahre betreffend, waren mit einer

Gehirnerschütterung einhergegangen; der eine der Verletzten war zudem ein imbezilles Individuum. Nur bei einem betrug die dauernde Herabsetzung des Arbeitsverdienstes etwa 50 %; bei den zwei anderen nur $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ ihres früheren Arbeitslohnes.

d) Von ganz hervorragender Bedeutung für die Prognose erwies sich auch in meinen Fällen das Alter des Verletzten im Momente des Unfalles. Unter den 24 ungeheilten Neurotikern waren sieben, die am Zeitpunkt des Unfalles im vorgerückten Alter standen; das Durchschnittsalter betrug 63 Jahre. Diese Verschlechterung der Prognose erklärt sich nicht nur dadurch, daß durch das Trauma eine Aggravation der senil-arteriosklerotischen Körperveränderungen, besonders im Gehirn, stattfindet (es handelte sich mehrmals um direkte Kopftraumen). Sondern, meines Erachtens, ist der Hauptgrund das Zusammenfallen des Traumas mit dem schon angefangenen physiologischen Rückgang in der Arbeitsfähigkeit dieser alten Leute. Und trotz dieser Verbindung von Senilität und Neurose war doch nur bei drei der Verletzten von einer völligen Arbeitsunfähigkeit die Rede; bei den übrigen überschritt die Herabminderung des Verdienstes nicht 50 %.

e) Eine letzte Gruppe von komplizierten Neurosen, sechs Fälle umfassend, dürfte vielleicht nicht mehr hierher zählen. Denn es handelte sich in diesen sechs Fällen nur zum Teil um eine „Neurose“. Es fanden sich wohl ausgeprägte hysterische Symptome (Stigmata) vor. Das ausschlaggebende für die Prognose blieben aber die organisch bedingten Gehirnsymptome, die deutlichen Erscheinungen einer **traumatischen Hirndegeneration**, einer traumatischen Demenz. Wie man solche Fälle benennen soll, ist mitunter Sache des Geschmacks. Für ihre Benennung in prognostischer Beziehung dürfte aber der alte Satz „a potiori fiat denominatio“ am meisten Geltung finden. Aus der Klinik wissen wir ja hinlänglich, daß hysterische Symptome sich mit Vorliebe einer organischen Nervenerkrankung anschließen. Um so mehr ist diese „association morbide“ in den traumatisch entstandenen Fällen zu erwarten. Jedenfalls sind solche Fälle einer noch so schnell erfolgenden und „radikalen“ Kapitalabfindung gegenüber absolut refraktär.

f) Zuletzt müssen zwei Fälle hier angegliedert werden, in denen die dauernde Arbeitsinvalidität durch später hinzutretendes körperliches Leiden bedingt wurde. So schloß sich in dem einen Fall eine schwer invalidierende Lungentuberkulose der Neurose an; im zweiten Falle wurde der Verletzte chronischer Alkoholist und erlag dem Tode in jungem Alter.

M. H.! Wenn man diese 24 Fälle ungeheilter Neurosen übersieht, gibt es eigentlich nur zehn [Gruppen c) und d)], wo die dauernde Arbeitsinva-

lidity mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit der Neurose allein zur Schuld gelegt werden darf. In den übrigen Fällen blieb die Prognose von vornherein durch anderweitige, „außerneurotische“ Momente endgültig bestimmt.

Das Hauptresultat meiner (leider nicht lückenlosen) Untersuchungen über die „praktische“ Heilung der traumatischen Neurosen durch die zweimalige Kapitalabfindung ist somit ein solches, wie man es eben erwarten konnte: durch die Kapitalabfindung läßt sich heilen, was eben heilbar ist.

Im dänischen Arbeiterversicherungsräte sind wir mit den Resultaten von unserer Kapitalabfindung zufrieden. Hoffentlich werden Sie, m. H., nicht finden, daß unsere Anforderungen allzu bescheiden sind!

Ich darf meine Mitteilung nicht schließen ohne, ein paar Worte über den Begriff der „Rentenhysterie“ und die prognostische Bedeutung der „Begehrungsvorstellungen“ zu sprechen. Einen reinen Fall von echter Rentenhysterie habe ich in Dänemark noch nicht gesehen. Wohl aber kenne ich auch „die Begehrungsvorstellungen“; sie finden sich aber, meiner Erfahrung nach, ebenso häufig bei Nichtneurotikern wie bei Neurotikern. Und was ihre „pathogenetische“ resp. „fixierende“ Bedeutung anbelangt, dann mahnt schon die relative Seltenheit der traumatischen Neurose zu einiger Vorsicht: unter 14305 Unfällen finde ich nur 0,6% traumatische Neurosen, eine noch niedrigere Zahl, als sie von Merzbacher gefunden wurde (0,9%). Es ist mir unmöglich, in solchen niedrigen Zahlen die menschliche Habsucht zu sehen!

Ganz andere Sache bleibt es aber, daß die ökonomischen Bekümmernissen des Verletzten, natürlich nur bei Neurotikern, die Invalidität bedingenden Symptome unterhalten können, und darum bleibt die Kapitalabfindung immer angezeigt.

Warum wir bei uns in Dänemark an einer zweimaligen Kapitalabfindung festhalten, habe ich Ihnen schon eingangs auseinandergesetzt. Daß sich durch dieses etappenweise Vorgehen die Prognose der Neurosen nicht verschlechtert, wird hoffentlich zur Genüge aus meiner Mitteilung hervorgehen.

II. Vereinsberichte.

Société de Neurologie de Paris (7. Januar 1909).

(Revue Neurologique, Bd. XVII, Nr. 2.)

Brissaud und Bauer: Méningo-myélite chronique syphilitique.

Demonstration eines Patienten, der 30 Jahre nach der luetischen Infektion an Schmerzen in den unteren Extremitäten und Incontinentia urinae erkrankte. Achilles- und Kniesehnenreflexe waren nur wenig erhöht bei geringer Kontraktur der unteren Extremitäten mit Andeutung eines spastischen Ganges, Ungleichheit und Entrundung der Pupillen, reflektorischer Starre und schwacher Leukozytose. Der Befund der Zerebrospinalflüssigkeit schien auf einen subakuten Prozeß hinzudeuten (zirka 45 polyn. L. auf 55 Lymphozyten). Patient war seinerzeit nur wenige Wochen antiluetisch behandelt worden und 30 Jahre hindurch gesund geblieben.

Bauer: Maladie de Friedreich et Hérédoataxie cérébelleuse dans une même famille.

Bruder und Schwester mit ataktischen Symptomen; der Bruder bietet das Bild einer zerebellaren Ataxie, die Schwester der Friedreich'schen Krankheit; beide Fälle sind atypisch. Bei der Schwester wurde eine erhebliche Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit festgestellt.

Noica: La pseudo-contraction spasmodique hystérique.

Theoretisches zur Frage der spastischen und hysterischen Kontraktur.

Klippel und Math. Pierre-Well: Syndrome labio-, glosso-, laryngé pseudo-bulbaire héréditaire et familial.

Demonstration eines Kranken mit kongenitaler Dysarthrie; in der Familie des Vaters sind die gleichen Störungen mehrfach beobachtet. Wangen, Lippen, Zunge und Stimmbänder waren paretisch, die betroffenen Muskeln, ohne paretisch zu sein, in der Entwicklung etwas gehemmt. Reflexe und elektrische Reaktion waren normal. Aus diesem Grunde, sowie mit Rücksicht auf die Imbezillität des Patienten, wurde der Sitz der Läsion in der Kapselgegend des Gehirns angenommen.

Soca: Sur la Fièvre Hystérique.

Vortragender berichtet über eine 26jährige Patientin, die akut mit Fieber (38°) und Druckempfindlichkeit des Mac-Burney'schen Punktes erkrankte. Im Laufe des Tages tritt ein typischer hysterischer Anfall auf; abgesehen hiervon, besteht eine Hemianästhesie und eine Anzahl hysterogener Zonen. Der Puls beträgt 100, die Temperatur 45° (mehrfach gemessen). Im Laufe von 1 1/2 Stunden, während deren Vortragender anwesend ist, fällt die Temperatur auf 37°. Am folgenden Tage um genau die gleiche Zeit völlig gleicher Anfall. Im Laufe von acht Tagen treten derartige Anfälle ein- bis zweimal täglich auf mit Temperatursteigerungen bis zu 40°. Nach acht Tagen Besserung — auch der Epityphilitis-

beschwerenden, letztere rezidivieren von Zeit zu Zeit, daher Operation. Seitdem Wohlbefinden.

Verfasser zieht ähnliche Fälle aus der Literatur zum Vergleiche heran und kommt zu folgendem Ergebnis:

Die sehr erheblichen Temperatursteigerungen entsprechen in der größten Mehrzahl der Fälle einem nervösen Reaktionsfieber im Verlaufe einer organischen Erkrankung. Daß dieses „nervöse Reaktionsfieber“ hysterischer Natur sei, kann auf Grund des vorliegenden Materials noch nicht entschieden werden, erscheint aber wahrscheinlich.

In der Diskussion tritt Babinski der Annahme der Existenz des hysterischen Fiebers entgegen.

Raymond macht einige Mitteilungen über zwei Fälle von lokalen Temperatursteigerungen bei Hysterischen.

Henry Meige weist auf den Unterschied zwischen Fieber und Hyperthymie hin und will Socas' Fall zu letzterer gerechnet haben.

P. L  jouve et G. Lhermitte: Atrophie olivo- et rubro-cérébelleuse.

Klinisch und pathologisch-anatomisch untersuchter Fall von Weber'scher Lähmung. Es fand sich:

1. Sklerose und totale Demyelinisation der Oliven, Schwund zahlreicher zerebello-olivarer Fasern und entsprechende Reduktion des Corpus restiforme ohne Ergriffensein der bulbären Nervenkerne und Nerven oder der zentralen Haubenbahn;
2. Atrophie der Kleinhirnrinde und der weißen Substanz;
3. Atrophie des Nuclei dentati und fast völliger Schwund der oberen Kleinhirnstiele bis zum intakten roten Kern. Zentrale Kleinhirnkerne sind erhalten.

M. J. Roux: Punction lombaire et Syphilis nerveuse.

Bericht über zirka 2000 an Patienten vorgenommene Lumbalpunktionen, von denen zirka $\frac{9}{10}$ der Fälle syphilitische Symptome dargeboten hatten.

Die Lymphozytose war bei Tabes und progressiver Paralyse stets vorhanden; das gleiche gilt von der Lues cerebrospinalis mit offenkundigen Symptomen organischer Läsion. Diese für die Praxis klinisch bedeutsame Tatsache rechtfertigt den Schluß: Nervöse Beschwerden unbekannter Herkunft + Lymphozytose = fast stetsluetische Läsion des Zentralnervensystems.

M. J. Roux: Syphilis nerveuse et traitement spécifique.

Verfasser behandelt die einwandfrei diagnostizierten Fälle von Syphilis des Nervensystems mit 60—80 Kalomelinjektionen (0,05—0,07 cg), in vier bis sechs Serien auf einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren verteilt. Verfasser betont den überaus günstigen therapeutischen Effekt bei zerebrospinaler Lues.

Auch bei Tabikern hat diese Kur erfolgreiche Wirkungen nach anfänglicher kurzdauernder Verschlimmerung der subjektiven Beschwerden gehabt: man bringt den Krankheitsprozeß zum Stillstand und die Reizsymptome fast völlig zum Schwinden.

M. Zosin: Contribution à l'étude du Syndrome p  donculaire.

Fall mit linksseitiger Hemiplegie und rechtsseitiger Ophthalmoplegie, zu der später eine totale linksseitige Ophthalmoplegie hinzutritt.

R. Hirschfeld (Berlin).

Société de Neurologie de Paris (5. Februar 1909).

(Rev. Neur., Bd. XVII, Nr. 4.)

Babinski: Sur la fièvre et les troubles tropiques attribués à l'hystérie.

Fortsetzung der Diskussion der vorigen Sitzung über die Frage des Vorkommens des hysterischen Fiebers.

Leop. Levi und H. de Rotschild: Corps thyroïde et vaso-motricité.

Besprechung von fünf Kranken mit mehr oder weniger ausgeprägten vasomotorischen Störungen, sowie ausgesprochenen Symptomen von Funktionsstörungen der Schilddrüse, die mit Thyreoidin behandelt wurden.

Der erste Fall bietet den Symptomenkomplex von Raynaud dar bei enger Begrenzung des Prozesses auf einen Teil des Ringfingers und 28 Jahre langem Bestehen von „Leichenfinger“ ohne Spur von Gangrän. Verfasser zieht die Parallele zwischen Migräneattacken und den Schmerzanfällen in den erkrankten Fingern („Migräne der Finger“) und weist auf die Beziehungen zwischen Raynaud'scher Krankheit und Thyreoiddrüsenkrankungen hin.

Er kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Ergebnis, daß Störungen der Schilddrüsentätigkeit verschiedene vasomotorische Störungen im Gefolge haben können: Zyanose, Erythrose, dauernde oder anfallsweise auftretende krampfartige Beschwerden.

Die Schilddrüsenbehandlung ist imstande, vasomotorische Beschwerden zu bessern oder zum Schwinden zu bringen, auch krampfartig auftretende Beschwerden, einschließlich dem Symptomenkomplex der lokalen Asphyxie, im gleichen Sinne günstig zu beeinflussen, ferner in leichten Fällen vasomotorischer Schwankungen das vasomotorische Gleichgewicht wiederherzustellen, endlich Symptome vasomotorischer Insuffizienz in den entgegengesetzten Symptomenkomplex umzuändern.

M. Lévy-Bruhl: Hémiplégie droite et „Aphasie motrice pure“ hystérique.

Demonstration eines Kranken, der Jahre hindurch als organischer Hemiplegiker behandelt worden war. Die Untersuchung ergab R. Hemiplegie mit Kontrakturen (die im Schlafe schwanden), halbseitige Zungen-Lippen-Spasmen mit Abweichung der Zunge nach rechts, sowie reine motorische Aphasie. Sehnen- und Hautreflexe waren normal. Durch Suggestion und Überredung geheilt.

Laignel-Lavastine et Boudon: Apraxie idéatoire.

Kasuistische Mitteilung: Kranke mit allmählich fortschreitender geistiger Störung, die durch Amnesien charakterisiert ist, sowie durch ihre Unfähigkeit, ihren Beruf als Knopflöchermacherin auszuüben. Im Anschluß an einen Dämmerzustand traten psychische Störungen im Sinne einer Demenz auf, mit zeitlicher und räumlicher Desorientiertheit, sowie aphasischen, agnostischen und spastischen Störungen, die teilweise nach und nach wieder zurücktraten, während ein Teil persistierte und dem Krankheitsbilde das Gepräge einer „partiellen Demenz“ verlieh. Diese Störungen zeigen das Bild einer Aphasie mit Wortblindheit und erheblicher Agraphie, sowie einer ideatorischen Apraxie. An die Diagnose der Apraxie schließen sich eingehende differentialdiagnostische Erwägungen.

Babinski: Monoplégie brachiale organique.

Bei einer organischen Monoplegia brachialis fielen Vortragendem folgende Eigentümlichkeiten auf:

1. beim Gehen bewegt sich der erkrankte Arm sehr wenig, und — im Gegensatz zur gesunden Seite — bewegen sich Schenkel und Arm gleichzeitig in der Richtung nach vorn;

2. steht der Kranke aufrecht und dreht sich schnell um sich selbst, entfernen sich die oberen Extremitäten vom Rumpf; die erkrankte Seite bewegt sich ausgiebiger, verläßt ihre gewöhnliche Stellung und schwankt noch hin und her, wenn die gesunde Extremität schon zur Ruhe gekommen ist;

3. hebt man beim sitzenden oder stehenden Kranken passiv beide erschlafften Arme und läßt sie dann fallen, so bleibt der gesunde Arm nach ein bis zwei Schwankungen unbeweglich am Rumpf, während der gelähmte Arm zahlreichere Schwankungen ausführt und langsam nur zur Ruhe kommt;

4. läßt der Untersucher beim Kranken die Hände der vorwärts gestreckten Arme auf den seinen ruhen und hört zeitweise auf sie zu halten, bewahrt der gesunde Arm die ihm gegebene Haltung, die kranke Hand gleitet von der Hand des Untersuchers und fällt nach hinten.

Vortragender erklärt diese Phänomene einerseits als durch Störungen der aktiven Bewegungen hervorgerufen, andererseits aus der Tatsache, daß die normale Hemmung der passiven Bewegungen durch die aktiven Bewegungen fortgefallen ist.

M. Néri: Résumé d'observations faites sur des survivants de la catastrophe de Messine.

Alle 500 Menschen, die vom Vortragenden im Krankenhaus in Neapel beobachtet wurden, waren schwer deprimiert. Einige, hauptsächlich junge Mädchen und Greise, boten Delirien mit Halluzinationen. Anzeichen für Hysterie (Gesichtsfeldeinengung, Sensibilitätsstörung) oder traumatische Neurosen wurden nicht beobachtet.

Souques et Chéné: Tabes avec atrophie des muscles innervés par la branche motrice du Trijumeau, le Pneumogastrique, le spinal, l'hypoglosse et les Racines inférieures du plexus Cervical.

Kasuistische Mitteilung.

Thibiarge: Gigantisme infantile avec ébauche d'Acromégalie.

Kasuistische Mitteilung.

J. Galezowski: Ophtalmoplégie unilatérale totale avec Paralysie des branches sensitivo-motrices du Trijumeau.

Kasuistische Mitteilung.

Raymond et Touchard: Sclérose en Plaques débaissant par des troubles mentaux simulant la Paralysie générale.

26 jähriger Mann erkrankt an epileptiformen Anfällen mit Störungen der Intelligenz, des Gedächtnisses, des Charakters, sowie an somatischen Beschwerden, bestehend aus vorübergehenden Lähmungen und Formikationsgefühlen, Tremor der oberen Extremitäten, sowie undeutlicher, stotternder Sprache. Während im

Laufe der Krankheit die psychischen Symptome sich zurückbilden, ergänzen sich die körperlichen Anzeichen zum Bilde der multiplen Sklerose. Lumbalpunktion war negativ.

M. Boudon: *Goitre exophtalmique et tremblement.*

Demonstration eines Kranken, der vor zwei Jahren einen klassischen Basedow'schen Symptomenkomplex darbot, jetzt aber nur noch Tremor und einen Puls von 100 zeigt.

G. Ballet: Das Zittern der Basedowkranken hängt nicht direkt von der Basedow'schen Krankheit, sondern von der Tachykardie ab.

M. Noica: *Sur la Contracture des membres inférieurs en flexion.*

Beobachtungen über die Stellung in Kontraktur befindlicher unterer Extremitäten bei Patienten in allen Lebensaltern.

Vincent et Dumolard: *Aphasie motrice et Monoplégie brachiale etc.*

Kasuistische Mitteilung: Im Gefolge einer ausgedehnten Fraktur der Frontotemporo-parietalgegend des linken Schädeldachs wurde durch einen Knochensplitter die Brocasche Region komprimiert. Es stellten sich motorische Aphasie und Monoplegie des rechten Armes ein. Nach der Trepanation erfolgte Heilung.

Raymond et Lhermitte: *Sur un cas de maladie familiale de l'appareil cérébelleux.*

Kasuistische Mitteilung: Ein Kranker mit dem Symptomenkomplex der hereditären Zerebellarataxie (Typus Pierre Marie), dessen Gehirn und Rückenmark anatomisch untersucht werden konnten. Es fanden sich schwere Veränderungen des Kleinhirnnapparates, der spinalen sensitiven Leitungswege, endlich des medullären motorischen Systems. Die Kleinhirnveränderungen betrafen das Kleinhirn selbst, sowie die afferenten und efferenten Fasern.

Gustave Roussy: *Deux cas de lésions de la couche optique.*

Zwei klinisch, sowie pathologisch-anatomisch untersuchte Fälle von Thalamusläsionen:

Patient, der nach einem Schlaganfall ohne Bewußtseinsverlust und ohne aphasische Symptome eine leichte motorische Hemiplegie darbot und von Anfang sehr ausgesprochene sensible Störungen zeigte. Während die motorischen Reizerscheinungen bald zurücktraten, blieben die sensitiven sehr ausgesprochen bis zum Tode des Patienten (nach drei Jahren) bestehen. Rechtss. Hemi-anästhesie (oberflächliche und tiefe Sensibilität, Verlust der Fähigkeit, die Lage der Gliedmaßen anzugeben, Astereognosis), erhebliche rechtsseitige Gesichtsschmerzen, Hemiageusie rechts. Die Autopsie ergab eine Läsion des Thalamus opticus des äußeren Kerns ($\frac{1}{3}$ postérieur), eines Teils des inneren Kerns, sowie eines kleineren Teils des hinteren Segments der inneren Kapsel.

Ein zweiter Fall zeigt folgende Haupterscheinungen: Im Gefolge mehrfacher Insulte fortschreitende spastische Hemiplegie, eine acht Jahre andauernde Hemianästhesie, die für die oberflächliche Sensibilität wechselnd ist, aber für die tiefe Sensibilität dauernd mit Astereognosis, endlich Schmerzen in der gelähmten Seite. Die Autopsie zeigt einen älteren Herd in der gleichen Gegend wie der erste Fall.

An diese Beobachtungen schließt Vortragender kritische Erörterungen über die klinische Einteilung der Thalamusläsionen.

J. Dejerine et J. Tinel: Un cas de Tachymeningite cervicale hypertrophique suivi d'autopsie.

Mitteilung eines Falles, der klinisch zunächst die Symptome eines zerebralen Tumors vortäuschte (intrakranielle Hypertension und Stauungspapille), ferner Kompressionserscheinungen des Rückenmarks darbot, hauptsächlich rechts, mit leichten Störungen der Motilität der gleichen Seite, sowie gekreuzten Sensibilitätsstörungen (hauptsächlich für Schmerz und Temperatur). Anatomisch charakterisierte sich die Läsion als frische Pachymeningitis gummosa.

Pierre Bonnier: L'anxiété et son traitement direct.

Vortragender behandelt Angstzustände durch Galvanokauterisation der Nasenschleimhaut.

S. Marbé: Note sur le „Réflexe conjonctivo-mentonnier“.

R. Hirschfeld (Berlin).

III. Referate und Kritiken.

Psychiatrie.

Gerlach: Wasserscheu und Militärdienst.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI. H. 3/4.)

Gutachten über einen Soldaten, der wegen Gehorsamsverweigerung angeklagt war, weil er sich beim Baden geweigert hatte, ins Wasser zu gehen. Bis dahin hatte sich der Mann gut geführt, war allerdings öfters aufgefallen. Es handelte sich um einen erheblich Imbezillen, der Angst vor dem Wasser hatte, seitdem ihn einmal in der Jugend Kameraden hineingeworfen hatten. Die Anklage wurde zurückgenommen. Empfohlen wird bessere Informierung der Aushebungskommission über den geistigen Zustand der Gestellungspflichtigen.

Chotzen (Breslau).

Peeters: L'asile de Mombello (province de Milan).

(Bull. de la soc. de méd. ment., 1907, S. 165—172.)

Die Anstalt, im Parillarstil erbaut, 18 km von Mailand, umfaßt ein Terrain von 18 ha (12 ha Gebäude und Gärten), enthielt Juni 1906 1919 Kranke (969 männl. und 950 weibl.). Um der Überfüllung zu steuern, ist vorläufig das Sanatorium St. Colomba mit 100 Kranken eingerichtet worden. Klagen über die zahlreichen irren Verbrecher und moralisch Schwachsinnigen (von 1901 bis 1905 wurden 83 aufgenommen), die in Spezialanstalten oder Spezialabteilungen von Strafanstalten gehören. Zahlreiche Beschäftigungsgelegenheiten, $699 = 37\%$

sind beschäftigt (35,7 % männl., 39 % weibl.). Zwangsmittel werden nicht angewendet, dürfen auch nach dem neuen Reglement nur in Ausnahmefällen, die nach Ursache und Dauer aufgezeichnet werden müssen, gebraucht werden. Die Anstalt hat 10 Ärzte mit Einschluß des Direktors, Pfleger sind 1 auf 7 Männer, 1 auf 8 Frauen, 1 auf 3 Kranke der Beobachtungs-, 1 auf 4 in der Verbrecherabteilung; alle vier Jahre ordentliche Gehaltssteigerung, nach 20 Jahren außerordentliche Gehaltssteigerung; außerdem Prämien bei ausgezeichneten Leistungen; Pensionskasse; Unterstützungskasse auf Gegenseitigkeit; Unfallversicherung; Wärterkurse (1500 Lire für ev. Unkosten und Entschädigung der Lehrer, 2000 Lire für Prämien).

Zahl der Aufnahmen von 1901—1905: 3808 (2143 männl., 1665 weibl.). Alkoholismus steht unter den Ursachen an erster Stelle, dann kommt die Pellagra (409 Aufnahmen, seit 1879: 2858). Entlassen wurden 2216 Kranke (1295 männl., 921 weibl.), darunter 1782 (1006 männl., 776 weibl.) geheilt oder wesentlich gebessert, oder 46,79 % der Aufnahmen (46,70 % männl., 46,91 % weibl.). In 27 Jahren kamen nur 9 Selbstmorde, 3 Selbstmordversuche und 1 Totschlag vor. Sterblichkeit seit 1879: 10,50 der verpflegten Kranken (in anderen italienischen Anstalten bis 14,3 %).

Hoppe (Königsberg).

J. Crocq: L'assistance familiale en Belgique.

(Bull. de la soc. mentale de Belgique, 1902, S. 95—99.)

Die Erklärung dafür, daß die Zahl der Familienpfleglinge in Belgien, dem Mutterlande der Familienpflege, nicht zugenommen, sondern sogar abgenommen hat, liegt nach C. darin, daß in Belgien ein so großer Teil der Geisteskranken in Privatirrenanstalten untergebracht ist, die ihre Kranken sich soweit wie möglich zu erhalten suchen. Im Jahre 1903 waren in Belgien 74,13 % aller Geisteskranken in Privatanstalten, 28,87 % in öffentlichen Anstalten, während in Frankreich nur 21 %, in England sogar nur 3 % der Geisteskranken in Privatanstalten untergebracht sind. Von 1892—1903 ist der Anteil der Geisteskranken in Privatanstalten noch um 2,63 % gewachsen. Da seit 1903 noch zahlreiche neue und bedeutende Privatanstalten in Belgien entstanden sind, so hat diese Zahl sicher noch zugenommen. Die Privaterkundigungen bei zuverlässigen Ärzten von Privatirrenanstalten haben C. ergeben, daß 35 % ihrer Kranken für die Familienpflege geeignet wären. Da nur von den 1903 untergebrachten 16453 Geisteskranken 2315 = 16,37 % in den familiären Kolonien Gheel-Lievreux untergebracht waren, so würden, wenn die geeigneten Kranken aus den Privatanstalten hinzukämen, mindestens 50 % aller Geisteskranken oder über 8000 in den Kolonien untergebracht werden können.

Hoppe (Königsberg).

Rizor: Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der in den Anstalten befindlichen über 14 Jahre alten Fürsorgezöglinge Westfalens.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinn, Bd. III, H. 2.)

Nach dem Beispiele Hannovers hat die westfälische Provinzialverwaltung eine Untersuchung von Fürsorgezöglingen durch den Verf. vornehmen lassen. Der Hergang der Untersuchung wird genau geschildert. Ihr Resultat ergibt, daß die Fürsorgeerziehung sehr häufig erst zu spät eintritt, denn 83,3 % der

Kinder hatten schon Straftaten begangen. Nach streng wissenschaftlichem Standpunkt werden 69,6 % als geistig anormal angesprochen, bei Ausscheidung der praktisch nicht ins Gewicht fallenden leichtesten Formen noch 53,5 %. Rizor befürwortet die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung und die Einrichtung von Beobachtungsstationen; die Ausbildung der Pädagogen durch psychiatrische Vorträge hält er auf Grund bestimmter Erfahrungen für nicht unbedenklich.
Müller (Dösen).

0. Behm: Das Kinderhaus der Heilanstalt Dösen (Leipzig).

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinn, Bd. III, H. 2.)

Einer kurzen Beschreibung des erwähnten Gebäudes wird das Schema eines Fragebogens für Anamnese und Untersuchungsbefund nerven- und geisteskranker Kinder beigelegt.
Müller (Dösen).

Büttner: Schwachbegabte an höheren Schulen.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachsinn, Bd. III, H. 2.)

Zur Bekämpfung des falschen Ehrgeizes unvernünftiger Eltern ist Aussonderung der geistig Schwachen aus den höheren Lehranstalten und Mitwirkung von Schulärzten gefordert worden. Die mancherseits empfohlene Einrichtung von Sonderklassen für Schwachbegabte auch an höheren Schulen ist aber doch wohl ein Abweg, den man nicht erst beschreiten sollte. Müller (Dösen).

Alt: Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranker, Epileptiker und Idioten in gemeinsamer Anstalt.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 3/4.)

Als Vortrag auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Köln, April 1909, im Versammlungsbericht referiert (s. dieses Zentralblatt, 1909, 1. Juliheft).
Chotzen (Breslau).

Alt (Uchtspringe): Die Heilungsaussichten der Irrenanstalt.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 706—720.)

Ausführliche Veröffentlichung des auf der Jahresversammlung Deutscher Psychiater, April 1908, gehaltenen Vortrags in den Kontroversen gegen die skeptischen Ansichten von Scholz (d. Zentralbl., 1908, S. 995 ff.). A. hebt besonders die exogenen Fehler in der Entstehung der Psychosen hervor, woraus sich die Möglichkeit einer kausalen Therapie ergebe, und weist auf die Bedeutung der Anstalt durch die Fernhaltung schädlicher Reize, der Schaffung des Schlafes, der Wichtigkeit der Beschäftigungstherapie usw., hin. Dadurch werden aber, wie Ref. meint, die Ausführungen von Scholz nicht widerlegt.

Hoppe (Königsberg).

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

Koloman Keller: Die Bedeutung des Adduktorenreflexes.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVII.)

Der homolaterale Adduktorenreflex verhält sich vollständig analog den Sehnenreflexen.

Die pathologische, sowie die klinische Bedeutung des Adduktorenreflexes

besteht nicht so sehr in der Stärke der Muskelkontraktion, als vielmehr in der Ausdehnung der reflexogenen Zone, und zwar ist dieselbe bei Prozessen, die mit Reflexmangel einhergehen, verringert (reicht höchstens bis zum oberen Drittel der Tibia), während sie in Fällen von Reflexsteigerungen bis zur medialen Fläche des Fußes reichen kann, und zwar sowohl bei funktionellen wie organischen Erkrankungen.

Das Vorhandensein oder Fehlen des Adduktorenreflexes sowie die Größe der reflexogenen Zone stehen in keinerlei ursächlichem Zusammenhang mit Erkrankungen der Pyramidenbahn.

Kalberlah.

Pickenbach (Berlin): Kopfschmerzen und Syphilis.

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 41.)

An der Hand von zwei Fällen, in denen heftige Kopfschmerzen bestanden und in denen erst durch Zufall Syphilis eruiert wurde, einmal ungefähr 20 Jahre nach der Infektion, das andere Mal kurz nach dieser, weist P. darauf hin, wie wichtig es ist, das vieldeutige Symptom Kopfschmerzen nicht nur schematisch zu behandeln, sondern der Ursache auf den Grund zu gehen, insbesondere aber, unbekümmert um die Leugnung seitens der Patienten, sein Augenmerk auf Lues zu richten. Wie in P.'s Fällen wird dann eine spezifische Behandlung bald das Leiden beseitigen, während es sich gegen die üblichen Antineuralgika refraktär verhält.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Merzbacher (Tübingen): Gesetzmäßigkeiten in der Vererbung und Verbreitung verschiedener hereditär-familiärer Erkrankungen.

(Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 1909, Heft 2.)

Merzbacher: Weitere Mitteilungen über eine eigenartige hereditär-familiäre Erkrankung des Zentralnervensystems.

(Medizin. Klinik, 1908, Nr. 51.)

Die zu zweit angeführte Arbeit ist die Wiedergabe des auf der 39. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe gehaltenen Vortrages im Anschluß an einen solchen auf der Versammlung des Vorjahres in Heidelberg, worin M. seine Studien über eine zunächst der multiplen Sklerose ähnelnde Krankheit in vier Generationen einer Familie mit zwölf Erkrankungen mitteilt. In diese Reihe gehörten, wie durch einen Zufall entdeckt wurde, die 1885 von Pelizaeus veröffentlichten fünf Fälle von gleichem Typus. An einem im 21. Lebensjahre gestorbenen Familienangehörigen studierte M. das Gehirn mikroskopisch genau, während das Rückenmark leider nicht untersucht werden konnte. Das charakteristische Merkmal war bei Weigert-Pal-Färbung ein Ausfall der Markscheiden und Achsenzyylinder in den Hemisphären, Balken und Kleinhirn. Am meisten betroffen war das Okzipitalhirn. Im Gegensatz zur multiplen Sklerose waren die Veränderungen nicht herdförmig, und gleichzeitig bestand eben auch Verlust der Achsenzyylinder. Ein Übergreifen auf die Rinde war nicht zu konstatieren, die Glia war nicht gewuchert. Die ganze anatomische Grundlage der merkwürdigen Erkrankung faßt M. als Aphasia axialis extracorticalis congenita zusammen.

In der erstaufgeführten umfangreichen Arbeit knüpft nun Verf. an die oben skizzierte an, um aus dem familiären Auftreten dieser und anderer Nervenkrankheiten, sowie auch bestimmter Augenerkrankungen, Vererbungsgesetze ab-

zuleiten. Die den Ausgangspunkt bildende Krankheit zeigte sich, von gesunden Stammeltern aus gerechnet, bei einem Kind, vier Enkeln und sieben Urenkeln, also offenbar in progressiver Tendenz, und zwar so, daß im wesentlichen gesund bleibende Frauen die Abnormalität auf männliche Nachkommen vererbten; nur zwei Frauen unter den zwölf insgesamt Erkrankten waren selbst betroffen. Dieser eigenartige Übertragungsmodus ist ja schon bekannt bei der Hämophilie, der M. ebenfalls eine eingehende Besprechung widmet. Jedoch hat neuere Forschung ergeben, daß auch hier, wie z. B. bei der Hemeralopie, die auch in den Kreis der Betrachtung gezogen wird, das „Grandidier'sche Gesetz“ nicht starre Geltung hat, sondern daß neben dem in ihm wiedergegebenen gewöhnlichen Übertragungsmodus auch Variationen, wie direkte und indirekte Übertragung von Vater auf Sohn oder auf weitere männliche Glieder der Deszendenz, vorkommen, daß also auch männliche Familienangehörige als „Konduktoren“ auftreten können. Ähnlich liegen die Verhältnisse für die erbliche Sehnerventrophie und die Farbenblindheit. Innerhalb einer Familie ist der Krankheits-typus stabil, für verschiedene Familien variieren die Krankheitsbilder in gewissen Grenzen.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Géza v. Dieballa: Heredodegeneration und kongenitale Lues.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVII.)

Bei einer schwer belasteten Patientin, die erst im 4.—5. Jahre reden und gehen lernte, trat in der Pubertätszeit eine Erkrankung in die Erscheinung, die folgende Symptome bot: Anisokorie, Robertsonphänomen, Atrophia nervi optici, Fehlen sämtlicher Sehnenreflexe, unregelmäßig entwickelter Oberkiefer und obere Zahnreihe, geringgradige Skoliose und Lordose und bei vollständig erhaltener Urteilsfähigkeit eine eigentümliche Störung des Gemütslebens.

Den eigenartigen Symptomenkomplex reiht Verf. unter das umfassende Krankheitsbild der Heredodegeneration (Jendrassik) ein, doch kommt offenbar auch der kongenitalen Lues (Wassermann'sche Reaktion positiv) bei der Gestaltung des Leidens eine wichtige Rolle zu.

Kalberlah.

Julius Donath: Bemerkungen zum Aufsätze M. Kaufmann's: Über den angeblichen Befund von Cholin in der Lumbalflüssigkeit.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 964—966.)

Max Kaufmann: Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit.

(Ebenda, S. 966—967.)

D. führt das negative Resultat Kaufmann's auf die von diesem verwendeten Goldchloridmethode zurück, auf deren Unzuverlässigkeit er bereits vor vier Jahren hingewiesen habe.

K. weist demgegenüber darauf hin, daß die von D. gebrauchten Methoden Basenreaktionen und deshalb vieldeutig seien, während er die vielfach von Chemikern verwendete Goldchloridmethode für einwandfrei erklärt.

Hoppe (Königsberg).

L. Marie (Villejuif) et C. Levaditti: La réaction des anticorps-syphilitiques dans la paralysie générale et le tabes.

(Bullet. de la Soc. Ment. de Belgique, 1907, S. 153—164.)

Unter 35 Paralytikern aller Stadien wurde die Wassermann'sche Reaktion bei 29 = 73 % gefunden, unter 10 Kranken der ersten Periode (atypische und

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

11

langsam verlaufende Fälle mit Remissionen) nur bei 1 = 10 %, unter 9 Fällen des zweiten Grades (etwas fortgeschrittenere Fälle) 7 = 77 %, unter 20 der dritten Periode (die fortgeschrittensten Fälle) 19 = 95 %. Es würde danach eine Beziehung zwischen der Häufigkeit der positiven Reaktion und dem Stadium der Krankheit bestehen, bzw. die Antikörper sich in der Zerebrospinalflüssigkeit in dem Maße mehren, als der paralytische Prozeß fortschreitet und die enzephalomeningealen Veränderungen sich steigern, die das Wesen der Krankheit bilden. In zahlreichen Fällen ergab auch die Entnahme der Zerebrospinalflüssigkeit bei denselben Kranken in einem Intervalle von mehreren Wochen eine Anreicherung mit Antikörpern. — Von den 39 Paralytikern hatten 20 früher aber sehr wahrscheinlich Lues vor 8—15—23 Jahren überstanden, bei diesen fiel die Reaktion in 80 % positiv aus, während bei den übrigen Paralytikern, die bestimmt vorangegangene Lues leugneten, nur 36 % positive Reaktion zeigten. Die Syphilis kann daher wenigstens als eine der Ursachen angesehen werden, die bei den Paralytikern das Auftreten von Antikörpern in der Zerebrospinalflüssigkeit hervorruft. — Übrigens ergab die zytodiagnostische und serodiagnostische Prüfung der Zerebrospinalflüssigkeit in einigen Fällen, daß eine konstante Beziehung zwischen dem Auftreten von Lymphozyten und von Antikörpern in der Zerebrospinalflüssigkeit fehlt, während ein frappanter Parallelismus zwischen dem Auftreten von Lymphozyten und von Albuminen besteht.

Von Tabes und Taboparalyse haben die Verff. nur neun Fälle zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Hier fiel die Reaktion nur bei 66 % positiv aus (bei 50 % nur in den Fällen von reiner Tabes).

Als ein diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung der Paralyse betrachten die Autoren die Reaktion nicht, da sie nur in den vorgeschrittensten Fällen fast stets positiv, andererseits für den Praktiker viel zu kompliziert sei. Die Erzeugung der spezifischen Antikörper kommt nach Ansicht der Autoren nicht der Syphilis direkt, sondern der durch die Syphilis hervorgerufenen kortikomeningealen Entzündung und den dabei beteiligten zellulären Elementen zu. Das Vorhandensein der Antikörper zeigt das Bestehen eines intensiven chronischen syphilitischen oder parasymphilitischen Entzündungsprozesses mit kortikomeningealer Lokalisation an.

In 17 Kontrollfällen war die Reaktion nur einmal positiv; bei zwei Syphilitikern unter den Kontrollfällen war die Reaktion beidemale negativ. Die Verff. schließen daraus, daß die Syphilis allein außerstande ist, die spezifischen Substanzen in der Zerebrospinalflüssigkeit zu erzeugen. Hoppe (Königsberg).

Eichelberg: Die Serumreaktion auf Lues, mit besonderer Berücksichtigung ihrer praktischen Verwertbarkeit für die Diagnostik der Nervenkrankheiten.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI.)

Für die Wassermann'sche Reaktion ist bisher eine theoretische Grundlage nicht gefunden, da die ursprüngliche Deutung als widerlegt angesehen werden muß.

Die W. R. kommt sehr häufig vor, wenn auch nicht ausnahmslos, im Blutserum von Individuen, die Lues haben oder gehabt haben, ferner bei Paralytikern und Tabikern. Bei Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis findet sie sich auch in der Spinalflüssigkeit. Außerdem kommt sie vor bei verschiedenen

anderen Protozoenkrankheiten, ferner vereinzelt bei Scharlach, Epilepsie, Pneumonie, Typhus, Tuberkulose, Diabetes und Tumoren. Ein exakter Beweis, daß Tabes und Paralyse sicher syphilitische Erkrankungen sind, ist auch durch die W. R. nicht erbracht, doch spricht das häufige Vorkommen derselben entschieden für diesen Zusammenhang.

Die W. R. ist von gewissem praktischen Wert bei der Diagnose der Lues. Ihr Vorhandensein in der Spinalflüssigkeit ist ein wertvolles Hilfsmittel für die Diagnose von Tabes und Paralyse.

Die W. R. gibt keinen sicheren Anhalt dafür, ob eine Lues ausgeheilt ist oder nicht, sie kommt daher für die Syphilistherapie praktisch nicht in Frage.
Kalberlah.

Eichelberg und Pförtner (Göttingen): Die praktische Verwertbarkeit der verschiedenen Untersuchungsmethoden des Liquor cerebrospinalis für die Diagnostik der Geistes- und Nervenkrankheiten.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXV, S. 485.)

Die wertvollsten Resultate erzielten die Verff. durch Untersuchung des Liquor nach der Wassermann'schen Methode; weniger zuverlässige bei Anwendung der Nonne'schen Ammoniumsulfatausfällung; die wenigst sicheren bei Untersuchung auf Zell- und Eiweißvermehrung.

Haymann (Freiburg i. Br.).

E. Poggio (Turin): Die kortikale Lokalisation der Asymbolie.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 817—818.)

Bei einer 26jährigen Frau, der ein Zystizerkus aus dem rechten Auge entfernt worden war und der später wegen Anfällen von Jackson'scher Epilepsie, teils in den drei letzten Fingern der linken Hand, teils mit Linksdrehung des Kopfes und der Augen, zwei Zystizerken aus der Pia über dem motorischen Zentrum der drei Finger bzw. dem Fuße der zweiten Frontalwindung entfernt worden waren, zeigt sich hinterher eine agnostische Störung derart, daß Patientin mittels Betastung durch die linke Hand wohl Form und äußere Eigenschaften (Härte usw.) der Gegenstände, aber nicht die Gegenstände selbst erkennen konnte. Es war also wohl der stereognostische Prozeß (Wernicke's primärer Identifikationsvorgang), nicht aber die Wiederverwertung der Tastvorstellung (Wernicke's sekundärer Identifikationsvorgang) vorhanden. Die kortikalen motorischen Zentren sind also die Zentren, in denen die Erinnerung an die Gefühlsvorstellung bewahrt bleibt, die beim Betasten eines Gegenstandes ausgelöst wird.

Hoppe (Königsberg).

Laas: Verengerung einer lichtstarren Pupille durch Dionineinstreuung in das andere Auge.

(Deutsche medicin. Wochenschr., Nr. 17, 1909.)

Die reflektorische Verengerung lichtstarrer Pupillen infolge von kräftigem Lidschluß ist bekannt. Nach Ansicht des Verf. wird sie voraussichtlich auch konsensuell ausgelöst. Denn er beobachtete an einem Fall mit Pupillenlichtstarre, daß bei Dionineinstreuung in ein Auge, trotzdem nur an diesem ein reflektorischer Lidschluß eintrat, doch eine deutliche Pupillenverengerung an dem anderen Auge erfolgte.

Müller (Dösen).

11*

Emil Redlich: Über die Beziehungen der genuinen zur symptomatischen Epilepsie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI.)

Der epileptische Anfall ist eine eigentümliche Reaktionsweise des Gehirns, die durch verschiedene Reize, durch verschiedene Schädlichkeiten ausgelöst wird. Diese sind entweder exogener Natur oder im Organismus selbst gebildet, ihre Wirkungsweise aber wohl eine einheitliche. Durch gewisse Umstände, oft hereditär bedingt, dann unter dem Einflusse toxischer Schädlichkeiten, von Schädeltraumen, Hirnerkrankungen diffuser und umschriebener Art usw., ist die Auslösungsmöglichkeit epileptischer Anfälle erleichtert, die epileptische Reaktionsfähigkeit erhöht. Je nach der Beschaffenheit des Gehirns kommt es zu einer verschiedenen Ausbildung des epileptischen Anfalles, und dadurch erklären sich die verschiedenen Modifikationen desselben. Die erhöhte epileptische Reaktionsfähigkeit des Gehirns kann eine vorübergehende sein oder sie ist dauernd gegeben. Zur Entwicklung einer chronischen Epilepsie trägt aber noch der Umstand bei, daß jeder epileptische Anfall, der wahrscheinlich mit leichten histologischen Veränderungen einhergeht, eine weitere Steigerung der epileptischen Reaktionsfähigkeit bedingt. Bei der sog. genuinen Epilepsie ist anfänglich entweder nur eine rein dynamische Erhöhung der Erregbarkeit gegeben, oder sie ist durch diffuse oder umschriebene Erkrankungen des Gehirns bedingt. Erst durch die Wiederkehr der Anfälle entwickelt sich die wirkliche Epilepsie, bei der sich infolge Ausbreitung der histologischen Veränderungen der Hirnrinde auf nicht motorische Gebiete oder, wenn sie von vornherein ganz allgemein verbreitet sind, die psychischen Erscheinungen u. a. m. hinzugesellen. Aus diesen Anschauungen ergibt sich, daß die Therapie trachten muß, die Wiederkehr der Anfälle gleich im Beginn der Erkrankung zu verhüten. Kalberlah.

H. Liepmann: Über die agnostischen Störungen.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 609—617 u. 669—675.)

In eingehenden zum Teil polemischen Erörterungen legt L. seinen Standpunkt dar und resümiert sich etwa folgendermaßen:

Für die Agnosien (Seelenblindheit, Seelentaubheit inkl. Worttaubheit, Tastlähmung usw.) wurden von den älteren Autoren Störungen der psychischen Prozesse herangezogen, derart, daß Sinneskomponenten verloren oder dissoziiert sein sollten. Solche Störungen, die 1. in dem Verlust der der Perzeption gleichsinnigen Erinnerungen (Aufhebung der primären Identifikation), 2. in dem Verlust bzw. Abspaltung (Dissoziation) der anderssinnigen Erinnerungen (Aufhebung der sekundären Identifikation), 3. in der unzulänglichen Verschmelzung der perzeptiven Elemente trotz erhaltenen Erinnerungsbesitzes bestehen können, sind in der Tat von ungeheurer Bedeutung. L. faßt sie dissolutorisch zusammen.

Neben diesen dissolutorischen Agnosien unterscheidet L. disjunktive (ideatorische), bei denen sich nicht die (Sinnes-) Qualitäten voneinander gelöst haben, die einzelnen psychischen Akte vielmehr unversehrte Qualitätenkomplexe darstellen, aber die Folge dieser Komplexe eine regelwidrige ist, sei es, daß der Erinnerungsbesitz in dieser Weise disjungiert ist, sei es, daß bei dem einzelnen aktuellen Erkennungsprozeß sich die Einzelakte disjunktiv aneinanderreihen. Soweit diese disjunktiven Störungen bisher Beachtung gefunden haben,

wurden sie unter der Rubrik „Verarmung der Begriffe“, Aufmerksamkeits-, Gedächtnisstörung usw., oder in dem „Allgemeinpsychischen“ untergebracht.

Hoppe (Königsberg).

von Orzechowski: Ein Fall von Kopftetanus mit reflektorischer Pupillenstarre.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVII.)

Bericht über einen Fall von Kopftetanus, bei dem wahrscheinlich als Folge der Tetanusintoxikation eine Lähmung von Augenmuskeln, spez. reflektorische Pupillenstarre entstanden war. Die anatomische Untersuchung ergab keine nennenswerten Veränderungen in den Hirnnervenkernen, wohl aber ausgedehnte im Rückenmark mit eigentümlicher Vakuolisierung der Kernkörperchen.

Kalberlah.

C. A. Veasey (Spokane, Washington): Ophthalmoplegic migraine involving the abducens nerve, with report of a case.

(The ophthalmic Record, Bd. XVIII, Nr. 8, S. 385, 1909.)

Bei einem sechsjährigen Mädchen, das seit ihrem vierten Lebensjahre an Anfällen linksseitiger Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen litt, traten zu wiederholten Malen vollständige, aber rasch wieder vorübergehende Lähmungen des entsprechenden, also linken Abduzens auf. Zwei solcher Anfälle, die eine resp. drei Wochen dauerten, beobachtete der Verf., es bestand, aber nur während der Kopfschmerzen, starke Lichtscheu. Ophthalmoskopisch fand sich das Bild der sog. Pseudoneuritis optica. (Flimmerskotom bestand offenbar nicht. Ref.) Verf. hält den Fall für eine Migraine ophthalmoplégique im Sinne Charcots.

Brons (Dortmund).

Hildebrandt (Dalldorf): Dyspraxie bei linksseitiger Hemiplegie.

(Neurol. Zentralbl., S. 576, 1908.)

H. fügt zu den zwei von Rothmann (1907) mitgeteilten Fällen der rechtsseitigen Dyspraxie bei links gelähmten Linkshändern einen dritten. Wie die häufige Dyspraxie der linken Hand bei rechts gelähmten (rechtshändigen) Personen darauf schließen läßt, daß durch gewisse Läsionen der linken Hemisphäre das Handeln beider Körperhälften beeinträchtigt wird (was nach Liepmann mit der Rechtshändigkeit mancher Menschen zusammenhängt), so beweisen diese Fälle das Umgekehrte.

Hoppe (Königsberg).

Carl Hudovernig (Budapest): Die Unterschiede zentraler und peripherer Fazialislähmungen und die anatomische Grundlage derselben.

(Neurol. Zentralbl., S. 577—581, 1908.)

H. unterscheidet scheinbare, funktionelle und organische Fazialislähmungen. Die organischen sind in kortiko-nukleäre (zentrale) und nukleo-muskuläre (periphere) zu trennen, je nachdem das zentrale Neuron von der Rinde bis zum Kern oder das periphere vom Kern bis zu dem innervierten Muskel betroffen ist. Klinisch unterscheiden sich die zentrale von der peripheren Fazialislähmung durch drei Merkmale: bei den zentralen Lähmungen ist 1. meist der obere Fazialisast unbeteiligt — zu erklären dadurch, daß der obere Fazialisast ein besonderes anatomisch abgegrenztes Kernzentrum hat oder nach H. in der dorsalen Gruppe des Fazialiskerns liegt, während die ventralen Gruppen ausschließlich

mit dem unteren Fazialisast in Verbindung stehen; 2. die typische Entartungsreaktion, die den peripherischen Lähmungen zukommt, nicht vorhanden, weil bei ihnen die Verbindung der Muskeln und der peripheren Kerne mit dem Nervenzentrum (Fazialiskern) nicht geschädigt ist; 3. bestehen die peripheren Reflexe (Supraorbitalisreflex) unverändert fort, weil nach H. das Supraorbitalisphänomen sich ausschließlich im Gebiet des Augenfazialis abspielt, der ja bei zentralen Lähmungen nicht beteiligt ist.

Hoppe (Königsberg).

Meltzer (Chemnitz): Zur Pathographie des sogenannten Turmschädels. (Neurol. Zentralbl., S. 562—575, 1908.)

Ausführliche Mitteilung eines in der Versammlung mitteldeutscher Neurologen und Psychiater in Leipzig am 22. Oktober 1907 gehaltenen Vortrags, der bereits in diesem Zentralblatt 1907, S. 953, referiert ist.

Hoppe (Königsberg).

P. Goldstein (Königsberg): Intermittierendes Hinken eines Beines, eines Armes, der Sprache, Augen- und Kehlkopfmuskulatur. Intermittierendes Hinken oder Myasthenie?

(Neurol. Zentralbl., S. 754—762, 1909.)

Bei einer 44jährigen Frau, die syphilitisch infiziert gewesen ist, hatten sich im Laufe eines Jahres zunächst Parästhesien (Kribbeln, Schmerzen, Steifigkeitsgefühl) und Ermüdungserscheinungen im rechten Arm, dann im rechten Bein, zuletzt in der Mund- und Zungenmuskulatur, im Oberlid, in der Stimmbandmuskulatur rechts entwickelt. Die Beschwerden sind intermittierend, verschwinden nach kurzer Erholung und treten nach Anstrengungen wieder auf. Dauert die Anstrengung an, so kommt es zu Angst, Schweißausbruch und Herzklopfen; solche Anfälle zuweilen auch ohne Ursache. Daneben bestehen nervöse Erscheinungen und vasomotorische Störungen (leichte Erregbarkeit, leichtes Erröten, Dermographie, Kongestionen, kalte Füße und Hände, Wadenkrämpfe). An der rechten Tibialis posterior ist der Puls nicht zu fühlen; sonst zeigen die größeren Arterien keine größeren Veränderungen mit Ausnahme einer Aortitis der aufsteigenden Aorta (wahrscheinlichluetischer Natur). Obgleich ferner deutlich myasthenische Reaktion vorhanden ist, so handelt es sich, wie G. nachweist, nicht um Myasthenie, sondern um intermittierendes Hinken, wahrscheinlich bedingt durch (luetische) Gefäßveränderungen zusammen mit vasomotorischen Störungen, die als Folge des Klimakteriums aufzufassen sind. Die myasthenische Reaktion scheint nicht nur der Myasthenie anzugehören, sondern, wie dieser Fall schließen läßt, auch bei intermittierendem Hinken vorzukommen.

Hoppe (Königsberg).

Volland (Bethel-Bielefeld): Zur Kasuistik der krampfhaften Respirationsstörungen auf epileptischer Basis.

(Neurol. Zentralbl., S. 661—669, 1908.)

Bei einem 28jährigen belasteten Arbeiter (Vater Potator, Bruder an Krämpfen gestorben) traten drei Monate nach einem Sturz von der Leiter, wonach Rückenschmerzen hinterblieben, Krampfanfälle mit Herzklopfen und aufsteigendem Gefühl im Halse ein, später asthmatische Anfälle mit leichten Bewußtseinsstörungen, die allmählich mit tonischen und klonischen Zuckungen sich verbanden. In der Anstalt wurden eine Zeitlang hysteriforme Anfälle (Daliegen mit gerötetem

Gesicht und maximal erweiterter Pupille und stundenlanges Schlagen gegen die Bettbretter mit den Händen), außerdem typische epileptische Krampfanfälle beobachtet mit postepileptischen schweren Erregungszuständen. $2\frac{1}{2}$ Jahr lang wurden nur solche Anfälle beobachtet. Nach einer Pause von vier Monaten traten mit einem kratzendem Gefühl im Halse Anfälle von krampfhaften Respirationstörungen mit Bewußtseinsverlust ein, wobei die Pupillen ad maximum erweitert und reaktionslos waren, gleich hinterher aber war Patient wieder völlig klar und ruhig, es bestand aber Amnesie für den Anfall. V. hält diese Anfälle für typische epileptische Anfälle, in denen weniger die Hirnrinde als Atemzentrum und das oberhalb des Inspirationszentrums gelegene Hustenzentrum von der epileptischen Erregungsentladung betroffen sind. Hoppe (Königsberg).

C. Behr (Kiel): Zur topischen Diagnose der Hemianopsie.

(v. Graefe's Archiv für Ophthalmol., Bd. LXX, H. 2, S. 340, 1909.)

Behr suchte an 20 Fällen von Hemianopsie, die während eines Jahres in der Kieler Universitätsaugenklinik beobachtet wurden, den Sitz der Läsion hauptsächlich durch drei Untersuchungsmethoden zu ergründen: durch Untersuchung 1. auf halbseitige Pupillenstarre, 2. auf hemianopische Fusions- resp. reflektorische Augeneinstellungsbewegungen und 3. auf den ophthalmoskopischen Befund an der Papille. Zu 1. benutzte er einen ähnlichen Apparat wie Heß, der aus zwei um eine vertikale Stange beweglichen horizontalen Armen besteht, die vorn je eine Glühlampe tragen und so miteinander verkoppelt sind, daß Ausdrehen der einen sofortiges Aufglühen der anderen Lampe zur Folge hat. Zu 2. benutzte er den Wilbrand'schen Prismenversuch. Seine Folgerungen sind:

1. Die hemianopische Pupillenstarre ist in jedem Falle von Traktushemianopsie mit größeren Gesichtsfelddefekten nachweisbar.

2. Das Fehlen der reflektorischen Augeneinstellung bei dem Wilbrand'schen Prismenversuch beweist ebenfalls das Bestehen einer Traktushemianopsie. Durch beide Methoden, die sich gegenseitig ergänzen, kann man mit Sicherheit eine intrazerebral bedingte von einer Traktushemianopsie unterscheiden.

3. Eine von einem intrazerebralen Herd ausgehende absteigende Degeneration der optischen Bahnen führt nur dann zu einer durch die primären optischen Zentren durchschlagenden, sekundären Degeneration der basalen Bahnen und damit zu einer doppelseitigen atrophischen Papillenverfärbung, wenn die Hemianopsie in frühester Kindheit erworben ist. Die Atrophie der Papille ist auf der mit der Hemianopsie gleichnamigen Seite stärker ausgesprochen wegen der besonderen Anordnung und des Überwiegens der gekreuzten atrophischen Fasern. In diesen Fällen pflegt das Auge mit dem größeren peripheren Gesichtsfeld die Führung zu übernehmen, während das andere mehr oder weniger amblyopisch wird und sich in Ruhelage stellt.

4. Die makuläre Aussparung im Gesichtsfeld ist fast stets bei intrazerebraler Hemianopsie vorhanden. Wahrscheinlich ist aber auch bei Traktushemianopsie die Aussparung die Regel. Die Frage nach dem Ort der Teilung ist noch offen (vgl. hiermit die Ergebnisse der Arbeit von Lenz, Habilitationsschrift. Leipzig, Engelmann, 1909).

5. Normale Sehschärfe bei Hemianopsie hat immer eine makuläre Aussparung zur Voraussetzung, während das Fehlen der letzteren an sich schon eine Herabsetzung der Sehschärfe auf $\frac{1}{2}$ oder $\frac{1}{3}$ der Norm bedingt.

6. Eine bei einer homonymen Hemianopsie bestehende Pupillendifferenz neben einer solchen der Lidspaltenweiten (weitere Seite gleichnamig mit der Hemianopsie) kann möglicherweise die Diagnose einer Traktuserkrankung der entgegengesetzten Seite festigen.

7. Die Annahme eines isolierten Farbenzentrums innerhalb des optischen Wahrnehmungsfeldes ist nicht notwendig. Eine reine Farbenhemianopsie hat keinerlei topisch-diagnostischen Wert. Das optische Erinnerungsfeld liegt auf einer Hemisphäre im Okzipital- oder Temporalhirn, in der überwiegenden Mehrzahl sämtlicher in der Literatur vorhandenen Fälle von Orientierungsstörungen bei Hemianopsie ist dasselbe mit größter Wahrscheinlichkeit auf die linke Hirnhälfte zu lokalisieren. Es ist ein Zentrum im engeren Sinne des Wortes.

8. Die nasale Netzhauthälfte hat eine größere pupillomotorische Erregbarkeit als die temporale, auch die Netzhautperipherie hat pupillomotorische Eigenschaften (vgl. die entgegengesetzten Befunde von Heß, Archiv f. Augenh., Bd. LX, Heft 4, S. 327, 1908, und Bd. LVIII, Heft 2 und 3).

9. Durch den positiven Ausfall des Prismenversuchs bei intrazerebralen Hemianopsien ist zugleich ein Beweis erbracht für das Bestehen eines subzerebralen Reflexbogens der automatischen Augenbewegungen.

Brons (Dortmund).

Gustav Oppenheim (Freiburg i. B.): Zur pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose mit besonderer Berücksichtigung der Hirnrindenherde.

(Neurol. Zentralbl., S. 898—909, 1909.)

In einem Falle von multipler Sklerose, in dessen Endstadium zerebrale Symptome (teils psychische Defekte, teils zerebrale Herd- und Allgemeinerscheinungen) aufgetreten waren, fanden sich zahlreiche graue bis graurötliche Herde sowohl in allen Höhen des Rückenmarks als in besonders großer Anzahl im Gehirn, und zwar im Hirnstamme, in den großen Ganglien, im Mark und in der Großhirnrinde. Die mikroskopische Untersuchung der Herde ergab im wesentlichen 1. eine diffuse perivaskuläre Plasmazelleninfiltration als Ausdruck der entzündlichen (exogenen) Natur des Leidens, 2. relative Integrität der eigentlich nervösen Bestandteile innerhalb der Herde, 3. vorwiegend nichtfaserige Beschaffenheit der Rindenherde, die der Hauptsache nach durch eine Vermehrung der protoplasmatischen retikulären Neuroglia Held's gebildet werden. Einfache Kernfärbung zeigen daher die Herde, die vom Mark auf die Rinde übergreifen, und die faserigen (Mark-) Anteile des Herdes, während Markscheidenfärbung den ganzen Herd ausschließlich des nichtfaserigen Rindenanteils zeigt.

Hoppe (Königsberg).

Achúcarro: Zur Kenntnis der pathologischen Histologie des Zentralnervensystems bei Tollwut.

(Histologische und histopathologische Arbeiten über die Gehirnrinde. Herausgegeben von Fr. Nißl und A. Alzheimer. Bd. III, Heft 1. Gustav Fischer, Jena, 1909.)

Diese Studien sind auf Alzheimer's Anregung und unter seiner Leitung ausgeführt worden. Ihr Wert liegt nicht allein darin, daß hier mit größtmöglicher Exaktheit die Grundzüge des histologischen Gesamtbildes der Lyssa gegeben werden, sondern auch darin, daß damit die Basis geschaffen ist

für eine Vergleichung mit den der Lyssa anatomisch in gewissen Beziehungen ähnlichen zentralen Veränderungen der Paralyse und der Schlafkrankheit.

A. hat seine histopathologischen Untersuchungen an experimentell infizierten Kaninchen und Hühnern, an einem Lyssahunde und an einem 26jährigen, an Lyssa gestorbenen Menschen ausgeführt. Bei der Tollwut handelt es sich pathologisch-anatomisch vor allen Dingen um eine diffuse Entzündung im Zentralorgan. Es finden sich aus Plasmazellen und Lymphozyten gebildete Gefäßinfiltrate, die mit der Dauer der Erkrankung an Intensität zunehmen (zumal bei Hühnern). Die in den Lymphscheiden enthaltenen Plasmazellen haben wie bei der Schlafkrankheit die Neigung, ins zentrale Gewebe einzudringen. Beträchtliche Veränderungen sieht man an den Ganglienzellen, bei Lyssakaninchen besonders an den Pyramidenzellen des Ammonshornes und an den Purkinje'schen Zellen. Diese Ganglienzelldestruktionen dürften hier nach A.'s Untersuchungen auf einem primären Entartungsvorgange an den Kernen beruhen, dessen Endformen sich als runde azidophile Kugeln mit mehreren verschieden gestalteten Nukleinkörnern darstellen. Mit den Ganglienzellveränderungen gehen entsprechend lebhaft reaktive Prozesse an der Glia einher. Interessant sind die stäbchenartigen gliösen Elemente, die sich im Ammonshorn des Kaninchens finden und die offenbar durch Anpassung der wuchernden Gliazellen an die apikalen Fortsätze der Pyramiden im Stratum radiatum zustande kommen. Diese stäbchenartigen Gliazellen des Ammonshornes beim Kaninchen nehmen, wie die Trabanzellen in anderen Teilen der Hirnrinde und wie die Gliazellen überhaupt, reichliche Mengen von fettigen Substanzen in sich auf; auch in den Adventitialzellen sind solche angehäuft. Diese fettigen Substanzen dürften nicht die Produkte eines Entartungsprozesses der Gliazellen sein, sondern sie stammen wohl von den Abbauprodukten her, die bei der Degeneration der Ganglienzellen gebildet werden. Im Ammonshorn des Menschen ließen sich außer Fett protagonoide Substanzen in den Gliazellen nachweisen. Die fuchsinophilen Zellgranula werden ebenfalls durch den Prozeß beeinflusst.

Wichtig sind nicht zum wenigsten auch A.'s Untersuchungen über die regressiven Vorgänge an den Gliazellen, da diese für die Beurteilung der sog. Negri'schen Körperchen wesentlich in Betracht kommen. Dafür, daß die Negri'schen Körperchen als Parasiten angesehen werden müssen, liegt nach A.'s Untersuchungen kein zwingender Beweis vor. Es scheint, als wenn zum mindesten ein beträchtlicher Teil derselben dadurch entsteht, daß Trabanzellen ins Innere der Ganglienzellen gelangen und dort regressive Veränderungen erleiden. Jedenfalls kommt es bei diesem Vorgange nicht selten zur Bildung von endozellulären Klümpchen (azidophilen Körpern mit basophilen Einschüssen), welche von typischen Negri'schen Körperchen nicht unterschieden werden können. Zum Teil kommen solche Gebilde wohl auch durch Umwandlung von Ganglienzellbestandteilen zustande.

An den Neurofibrillen läßt sich beim Kaninchen in den Spinalganglien, dem Rückenmarke, der Oblongata, Brücke und dem Großhirn die von Cajal gefundene Verdickung nachweisen. Außer zur Hypertrophie kann es in vorgeschrittenen Stadien zur Schlängelung der Fibrillen und Auseinanderdrängung durch Quellung und Zerstörung des Protoplasmas kommen, wie z. B. an den apikalen Fortsätzen der Hirnpyramiden. Bei dem an Lyssa gestorbenen Menschen waren die Fibrillen in der Brücke und Hirnrinde nicht verdickt, wohl aber im

Ganglion Gasseri. Auch an den perizellulären Endfüßchen kommen Fibrillenveränderungen vor, die den Zeldestruktionen nicht proportional sind.

Wir haben nach dieser kurzen Übersicht über A.'s Befunde noch auf die sehr schönen, zahlreichen Tafelfiguren hinzuweisen, um deren Herstellung sich auch der Verlag wieder ein besonderes Verdienst erworben hat.

Spielmeyer.

Piazza: Ein Fall von erworbener totaler rechtsseitiger Hypertrophie des Körpers.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XXV.)

Bei einem jetzt achtjährigen Knaben entwickelte sich im Alter von 4 $\frac{1}{2}$ Jahren eine allmählich zunehmende Hypertrophie der ganzen rechten Körperhälfte im Anschluß an einen schweren Typhus, der unter meningealen Symptomen verlaufen war. Es findet sich bei ihm nicht nur eine stärkere Entwicklung der Extremitäten auf der rechten Seite, sondern auch eine solche des Schädels, des Gesichts, des Thorax und des Abdomens. Diese Vergrößerung macht sich z. B. an der unteren Extremität darin bemerkbar, daß der rechte Oberschenkel um 3,7 cm länger ist als der linke. Auch die rechte Pupille ist weiter als die linke. Daß die Muskelkraft auf der hypertrophischen Seite — im Gegensatz zu den in der Literatur beschriebenen Fällen — geringer ist als auf der normalen, beruht offenbar auf einer Vermehrung des Fettgewebes.

Zur Klärung der Ätiologie dieses Krankheitsbildes gibt der vorliegende Fall keine weiteren Anhaltspunkte. Während die Fälle von angeborener Hypertrophie vielleicht auf eine „stärkere formative Tätigkeit des Mesodermblattes während der embryonalen Periode“ zurückgeführt werden könnten, glaubt P., daß die erworbene Hypertrophie auf einer „Läsion der dem Trophismus der verschiedenen Körperteile vorstehenden nervösen Zentren“ beruhe. Manche klinischen und autoptischen Befunde in ähnlichen Fällen scheinen auf zentralnervöse Störungen hinzuweisen.

Spielmeyer.

F. H. Lewy: Das Babinski'sche und verwandte Phänomene.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XXV, Ergänzungsheft.)

Kritisches Sammelreferat.

Spielmeyer.

G. Perusini: Über klinisch und histologisch eigenartige psychische Erkrankungen des späteren Lebensalters.

(Histolog. und histopatholog. Arbeiten, Bd. III, Heft 2. Herausgegeben von Nibl und Alzheimer. Gustav Fischer, Jena, 1909.)

„Auf Veranlassung von Dr. Alzheimer“ hat der Verfasser vier durch gemeinsame klinische und besonders pathologisch-anatomische Züge gekennzeichnete Fälle untersucht, die er in der vorliegenden mit zahlreichen und schönen Illustrationen ausgestatteten Arbeit mitteilt. In allen vier Fällen war ein gemeinsamer Hauptbefund zu konstatieren, nämlich eine eigentümliche Veränderung der Ganglienzellfibrillen und die Bildung eigentümlicher Plaques. Die Fibrillenveränderungen und die Plaquesbildungen waren in allen Fällen auf die Hirnrinde beschränkt. Die Fibrillenbilder sind mit denen identisch, über die Alzheimer in seinem Vortrag 1907 berichtet hat; es handelt sich dabei vor allem um eine beträchtliche Verdickung und Aufknäuelung der Fibrillen in den Ganglienzellen, deren Kern und Zelleib schließlich zerfällt. Sie erinnern an die

bei Lyssa beobachteten intrazellulären Fibrillenveränderungen; sie sind jedoch durch eine besondere chemische Umwandlung und durch die Beschränkung der Veränderung auf die Hirnrinde von jenen unterschieden. Der Morphologie, dem tinktoriellen Verhalten und der Lokalisation nach analoge Fibrillenbilder kommen vereinzelt bei Greisen zur Beobachtung.

Besonders verdienstlich ist es, daß Perusini Klarheit gebracht hat in die Frage nach der pathogenetischen und klinischen Bedeutung der Plaques oder „drusigen Nekrosen“, die man bisweilen bei senil Dementen findet. Fischer meinte ja, daß es sich da um Wucherungserscheinungen an den Neurofibrillen handle und daß das wichtigste anatomische Substrat der Presbyophrenie (denn bei einfachen senilen Demenzen wurden sie von ihm nicht gefunden) gerade in diesen „drusigen Nekrosen“ zu sehen sei; schließlich stellte Fischer fest, daß die zentralen Teile der Drusen genau so wie Bakteriendrusen aussähen, die aber keinerlei Entzündung, sondern allein als Reaktion eine Wucherung der Neurofibrillen verursachten. Perusini weist überzeugend nach, daß die Plaques sich aus einer Verdickung des diffusen protoplasmatischen Gliaretikulums entwickeln, der wohl ein Untergang funktionstragenden Nervengewebes vorausgeht. In das verdichtete Gliaretikulum werden dann verschieden färbbare pathologische Stoffwechselprodukte abgelagert. Um diese Einlagerungen herum kommt es, wie um jeden Fremdkörper, zu reaktiven Veränderungen; große Gliazellen bilden reichliche Fasern zur Abkapselung des Herdes. Die Achsenzyylinder spielen in der Morphologie der Plaques eine ganz untergeordnete Rolle. Das „Fibrillennetz“ um die Plaques ist leicht als gliös zu erkennen. Auch Gustav Oppenheim hatte gezeigt, daß die keulenförmigen Wucherungen um die „Drusen“ von Glia gebildet werden und daß auch sonst in der Umgebung der Plaques die Glia in charakteristischer Anwendung gewuchert ist. Weigert'sche Gliapräparate geben darüber sicheren Aufschluß. — Die Vermutung Fischer's, daß den Plaques eine Spezifität für die Presbyophrenie zukäme, ist nicht mehr haltbar. Sie finden sich vornehmlich bei senil Dementen und auch vereinzelt bei gesunden Greisen.

Für das histologische Gesamtbild der von P. mitgeteilten vier Fälle ist es weiter charakteristisch, daß bei allen Piaveränderungen, nämlich starke Vermehrung des Bindegewebes ohne Infiltration, gefunden wurden und daß dabei die gliöse Grenzmembran gut erhalten bzw. gut darstellbar erschien. In allen Fällen waren Gefäßveränderungen vorhanden; in einem Falle handelte es sich um die endoarteriitische Form der syphilitischen Hirngefäßerkrankung; in den drei anderen Fällen waren die Veränderungen gleichartiger Natur; es sind progressive Gefäßveränderungen (Gefäßneubildungen usw.), die in engen Beziehungen zu dem weitgehenden Zerfall funktionstragender Nervensubstanz stehen; „neben der Gefäßneubildung findet sich eine Vermehrung der faserigen Adventitia, welche weder dem Begriff des Hyalins noch dem der Arteriosklerose eingereiht werden darf“. Alle Fälle sind ferner durch das Vorkommen zahlreicher stäbchenartiger Elemente gekennzeichnet. Die Beziehungen zwischen solchen und unzweifelhaften Gliazellen deuten darauf hin, daß die Stäbchenzellen hier gliöser Natur sind und daß wohl auch bei den Stäbchenzellen der Paralyse Gliaelemente eine Rolle spielen.

Sieht man von dem einen Falle ab, der durch eine alte Gefäßsyphilis kompliziert ist, so scheint es sich doch in den übrigen drei Fällen um Krankheits-

bilder eigener Art zu handeln. „Der pathologische Prozeß erinnert in mannigfacher Beziehung an die Befunde bei der Dementia senilis. Doch sind die Veränderungen in diesen Fällen (Perusini's) viel weitgehender, obwohl es sich zum Teil um präsenile Erkrankungen handelt. Auch in klinischer Beziehung sind die Fälle eigenartig. Neben wechselnden Stimmungsanomalien in den verschiedenen Fällen und wechselnden psychotischen Bildern macht sich schon sehr frühzeitig eine schwere Störung des Gedächtnisses und ein rasches Nachlassen der Intelligenz bemerkbar: ohne daß Anfälle dazwischentraten, konnten Symptome auftreten, die auf eine besonders tiefgehende Erkrankung bestimmter Rindenbezirke hindeuten (Herdsymptome).“
Spielmeyer.

O. Rehm: Die Zerebrospinalflüssigkeit. (Physikalische, chemische und zytologische Eigenschaften und ihre klinische Verwertung). (Histolog. und histopatholog. Arbeiten, Bd. III, Heft 2. Herausgegeben von Nißl und Alzheimer. Gustav Fischer, Jena, 1909.)

Das Verdienst, das diese Arbeit für sich in Anspruch nehmen darf, ist ein zweifaches: erstens hat der Verfasser mit großer Sorgfalt eine Fülle eigener Untersuchungsergebnisse gesammelt und zweitens hat er es sich angelegen sein lassen, auch das Wichtigste aus der ziemlich verstreuten Literatur über dieses Thema hier zusammenzustellen. Dem allgemeinen Interesse an den hier erörterten Fragen kann ein Referat wohl schwerlich dadurch entgegenkommen, daß es ausführlich über den Inhalt berichtet. Man wird die Arbeit vielmehr selber zur Hand nehmen müssen, um sich rasch und sicher über die im Thema bezeichneten Dinge und über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse davon zu orientieren und um sich zu überzeugen, daß uns Rehm's eigene Untersuchungen, welche durch die Erfahrungen Alzheimer's und Nonne's begünstigt wurden, auf diesem Gebiete ein gutes Stück weiter gebracht haben.

Spielmeyer.

Paul Biach: Zur Kenntnis des Zentralnervensystems beim Mongolismus.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.)

Es fand sich im Gehirn eines sechsmonatigen Kindes, das den Typus des Mongolismus zeigte, makroskopisch anscheinend eine Verkleinerung des Kleinhirns samt Brücke und verlängertem Mark. Mikroskopisch erwies sich die Hirnrinde mangelhaft differenziert, und zwar 1. in der Zellform, die nur in manchen Regionen sich zu jener der Pyramidenzelle entwickelt hatte (besonders im Stirnhirn), 2. in der Anwesenheit zweifacher Kerne oder doppelter Kernkörperchen in einigen Rindenzellen und 3. in der mangelhaften Ausbildung der Tigroide. Daneben bestand Zellreichtum, diffus an Pons und den Lateralkernen, in Form von Zellhäufchen innerhalb des Roller'schen Kernes und der Hinterstrangkern.

Kalberlah.

Ludwig Schweiger: Über Veränderungen der Spinalganglien in einem Falle von Landry'scher Paralyse (mit Status hypoplasticus).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVII.)

Beschreibung eines Falles von sogenannter Landry'scher Paralyse bei einer 27jährigen Alkoholikerin, die in sieben Tagen zum Tode führte und sich pathologisch-anatomisch als eine aufsteigende Polyneuritis acutissima bei Mitbeteiligung der Spinalganglien erwies.

Kalberlah.

Fritz Heinrich Löwy (Berlin): Ein ungewöhnlicher Fall von Sprachstörung als Beitrag zur Lehre von der sogenannten amnestischen und Leitungsaphasie.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 802—814 und 850—862.)

Bei einer 25jährigen, wahrscheinlich syphilitischen Buffetkassiererin, die vor acht Jahren bei einem Fall eine Hirnerschütterung erlitten, wegen der sie drei Monate zu Hause lag, und seit Juli 1906, wo sie wiederum auf den Kopf fiel, an Kopfschmerzen in beiden Schläfen litt, entwickelte sich Mitte Dezember 1906 innerhalb zwölf Stunden ohne Begleiterscheinungen ein fast völliger Mangel des Spontan- und Nachsprechens mit entsprechend starker Paragraphie, während das Wort- und Schreibverständnis, sowie das laute und leise Lesen völlig ungestört war. Nach sechs Monaten war das Spontansprechen völlig frei, doch fehlten zeitweilig (geläufige) Ausdrücke, Nachsprechen gelang nur für vielgebrauchte Worte und Sätze, spontanes Schreiben noch gestört, Diktatschreiben für schwerere Worte unmöglich, bei längerem Lesen ein mangelhaftes Verständnis. Nachsingen von Tönen ungestört, dagegen Singen von bekannten Melodien nur möglich, wenn der Text vorliegt.

L. zeigt, daß der Fall, wie 29 aus der Literatur gesammelte, die er kurz anführt, in keines der Schemata paßt, und kommt nach eingehender Besprechung, in der er sich den Lehren Monakow's von der Diaschisis anschließt, zu folgenden Schlußsätzen: Dem klinisch postulierten Symptomenkomplex der Leitungsaphasie entspricht, soweit das veröffentlichte Sektionsmaterial darüber einen Schluß zuläßt, kein typisch lokalisierbarer Befund. Die sogenannte amnestische Aphasie hat als selbständige Aphasieform keine Daseinsberechtigung. Ihre Symptome können alle Aphasieformen begleiten, da sie nur der Ausdruck der durch die Schädigung hervorgerufenen Diaschisis sind. Die durch Diaschisis von einem indifferenten Orte hervorgerufene gleichmäßig starke Reizherabsetzung kann verschieden große Störungen setzen, da die für die Erregung verschiedener (z. B. für den Sprachablauf wichtiger) Zentren in der Zeiteinheit nötigen Reizstärken für die einzelnen Zentren bzw. ihre Schaltzellen je nach der durch Anlage und Übung bedingten Kapazität derselben, wie auch nach der Ausgeschliffenheit der einzelnen verbindenden Bahnen, ungleich groß sind. Hoppe (Königsberg).

Semi Meyer (Danzig): Kortikale sensorische Aphasie mit erhaltenem Lesen.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 814—816.)

Bei dem 34jährigen Bureauassistenten, der an Aorteninsuffizienz leidet, entstand die Störung plötzlich unter dem Bilde einer völligen Verwirrtheit, die dem Hausarzt als Geisteskrankheit imponierte, sich aber als höchstgradige Paraphasie erwies. Dabei bestanden Neigung zur Perseveration bei einzelnen Silben. Sprachverständnis erloschen. Nachsprechen und Schreiben auf Diktat unmöglich. Dagegen konnte er lesen, Gedrucktes besser als Geschriebenes, aber zunächst ohne Verständnis, und ziemlich gut kopieren. Er erriet nur aus Gebärden, was man von ihm will. Nach einigen Tagen begannen die Erscheinungen allmählich abzuklingen, wobei sich zuerst allmählich Verständnis für das Gelesene zeigte. Das Verständnis für Gesprochenes und das Spontansprechen stellte sich nur sehr langsam wieder her und blieb dauernd hinter der Lesefähigkeit zurück, auch ist noch nach einem Jahr ein Rest der Seelentaubheit vorhanden. Paraphasie

nur gelegentlich andeutungsweise, öfter dagegen fehlten ihm die Worte. Der Fall, ebenso wie zwei ähnliche von Nießl von Mayendorf und von Kußmaul, zeigt, daß die Produktion richtiger Sprachbewegungen direkt von dem optischen Zentrum aus ohne Berührung der akustischen Bahnen möglich ist. Da er beim Lesen die Lippen bewegt, eine sicherlich aus seiner gesunden Zeit stammende Eigentümlichkeit, so hat bei ihm wahrscheinlich schon immer die Erregung beim verständnisvollen Lesen den Weg von den optischen Bahnen über die motorischen zum Gehör (oder vielleicht auch über die kinästhetischen zu den akustischen Bahnen) und von da weiter zum Verständnis genommen. Während die meisten Menschen mit einer Bahn „optisch-akustisch-motorisch“ lesen, lesen wenige, wie Pat. (wohl immer laut), mit einer Bahn: optisch-motorisch-akustisch. Die Intaktheit des akustischen Zentralapparats ist aber zum Sprachverständnis notwendig, daß trotz erhaltener Sprachfähigkeit die Spontansprache fehlt, ist nur so zu erklären, daß die Erregungen beim verständnisvollen Sprechen (Begriffsbahnen) mit den akustischen Bahnen an einer Stelle zusammentreffen müssen, die vor der Läsion liegt, oder daß der Knotenpunkt selbst zerstört ist.

Hoppe (Königsberg).

Pfeilschmidt (Dresden): Zur Kenntnis der Erkrankungen des Nervensystems bei Wutschutzimpfungen.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 1060—1069.)

Ein nervös stark veranlagter Student der Tierheilkunde, der nach Sektion eines wutkranken Tieres vorsichtshalber sich präventiv Wutschutzimpfungen hatte machen lassen, erkrankte nach der zehnten Injektion mit Fiebererscheinungen und Erbrechen, und es entwickelte sich, nachdem leichte neuritische Erscheinungen in den Beinen und Blasenstörungen vorausgegangen waren, im Laufe von vier Tagen eine vollständige Diplegia facialis mit Beteiligung des oberen Fazialisastes. Nach zwei Tagen begann die Lähmung allmählich zurückzugehen und war nach acht Tagen verschwunden.

Hoppe (Königsberg).

Mingazzini (Rom): Über Symptome infolge von Verletzung des Okzipitallappens durch Geschosse.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 1112—1123.)

Ein 32jähriger Mann wurde, als er sich vornüberbeugte, von oben herab durch zahlreiche Schrotkörner auf der rechten Seite des Rumpfes, Halses und Kopfes getroffen. Von den zirka 50 Wunden waren die schlimmsten zwei in der Brust und zwei in der Okzipitalregion. (Die Röntgenuntersuchung zeigte mehrere Schrotkörner im Kleinhirn, das höchste im rechten Hinterhauptlappen, dem oberen Rande des Proc. mast. entsprechend.) Neben rechtsseitigem Hämorthorax zeigte der Verwundete zunächst vollständige bilaterale Amaurose. Während er, nachdem das Bewußtsein zurückgekehrt war, zuerst auf alle Fragen antworten konnte, wurde er plötzlich am vierten Tage stumm. Er verstand zwar alle Fragen und auch was er las, konnte aber kein Wort hervorbringen. Nach vier Wochen allmähliche Rückkehr der Sprache, die nach sieben Monaten vollkommen war. Neben dem Sprachverlust bestand Lähmung des rechten Arms, die sich entsprechend besserte, und Hyperakusie, die bestehen blieb, sowie sich auch langsam bessernde Sehstörungen, infolge konzentrischer Einengung des Gesichtsfeldes für alle Farben und Skotome des linken unteren Quadranten beider-

seits für weiß, die nicht ganz zurückgingen. — Mit Berücksichtigung von elf Fällen von Verletzungen des Hinterhauptlappens aus der Literatur bespricht M. die Erscheinungen, die dem Eindringen des Geschosses folgen. Fast immer tritt zuerst Blindheit ein (infolge von Kontrekrup oder Hysterie), die meist schnell oder langsam zurückgeht, aber eine laterale homonyme Hemianopsie oder eine Quadrant- oder Sektomanopsie hinterläßt. Als Ursache dieser sind Verletzungen der Charcot'schen Sehstrahlung anzusehen. In den meisten Fällen betrifft der anopische Defekt die unteren Quadranten, es sind also die Dorsalfasern der Sehstrahlung leichter verletzbar. Oft sind mit den Sehstörungen andere verbunden (Hemiplegie usw.).

Hoppe (Königsberg).

E. v. Malaisé (München): Über familiäre infantile Zerebralerkrankung. (Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 1018—1026.)

Von neun Kindern blutsverwandter Eltern, die sämtlich zur rechten Zeit ohne Kunsthilfe geboren waren, waren sechs im dritten Lebensjahre mit Fieber, aber ohne Krämpfe und Bewußtseinsverlust erkrankt; einige Zeit nachher hatte sich das Gehvermögen verschlechtert. Die Gehstörung glich sich nur bei einem Kinde wieder aus, es zeigte sich hier nur noch das Oppenheim'sche und Babinski'sche Phänomen, bei vier anderen hatte sich die Störung bis zu völligem Gehunvermögen und Kontrakturen gesteigert, dann die Arme in Form von Muskelsteifheit und athetoiden Bewegungen ergriffen. Beim letzten, erst drei Jahre alten Kinde sind die oberen Extremitäten noch frei. Bei den drei jüngst ergriffenen Kindern, die verschiedene Entwicklungsstadien der Affektion darstellen, kamen noch Verschlechterung des Sprachvermögens bis zur völligen Aufhebung und Intelligenzstörungen, bei einem außerdem noch Schlingbeschwerden. Ein Kind war im zwölften Jahr kachektisch gestorben, ein anderes im achten Jahr interkurrent an Masern, bevor noch das Leiden die Höhe erreicht hatte. Nach M. handelt es sich um eine Form der zerebralen Kinderlähmung, für die die Blutsverwandtschaft (dritten Grades) der Eltern vielleicht ein prädisponierendes Moment gab, obgleich die Progredienz nicht zu dem Symptomenbilde der Kinderlähmung gehört. Es muß sich um einen Prozeß handeln, der die motorische Region von oben nach unten in seinen Bereich zieht. Da bei allen ergriffenen noch am Leben befindlichen Kindern, mit Ausnahme des jüngsten, sich krankhafte Veränderungen der Schilddrüse zeigten (bei zweien Aplasie, beim dritten hochgradige beiderseitige Vergrößerung), so hält M. einen Zusammenhang der Affektion mit diesen (Toxinbildung?) für möglich.

Hoppe (Königsberg).

H. Zingerle: Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis der lobären atrophischen Hirnsklerose.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI.)

Bei einem Fall von Epilepsie, der im frühen Kindesalter begann und sehr schnell fortschreitend zur Verblödung führte, fanden sich anatomisch 1. eine atrophische Sklerose verschiedener Windungsgebiete des Groß- und Kleinhirns nebst zwei sklerotischen Herden in der weißen Marksubstanz, 2. eine diffuse Erkrankung der Hirnrinde in der Art und Ausbreitung, wie sie bei genuiner Epilepsie von Alzheimer u. a. beschrieben worden ist, und 3. Entwicklungsstörungen der grauen Substanz der Rinde, des Kleinhirns und des Hirnstammes.

Kalberlah.

A. Pelz: Ein Beitrag zur Symptomatologie der Paralysis agitans.
(Neurol. Zentralbl., S. 720—724, 1908.)

Die Krankheit, die bei einem 54jährigen Tischler vor ca. zwei Jahren nach einem Schreck begann, bietet einige Besonderheiten: 1. eine Vitiligo an beiden Handrücken, die das erste Symptom bildete und von P. als vasomotorisch-trophische Störung aufgefaßt wird, 2. Zittern nicht in der Ruhe, sondern nur bei aktiven Bewegungen, also umgekehrt wie in der Norm, das Zittern auch schneller und weniger ausgiebig als gewöhnlich, 3. imperativen Harndrang, 4. Sprachstörung von leicht bulbärem Charakter (langsam, mühselig, verwaschen).

Hoppe (Königsberg).

C. F. Heerfordt (Kopenhagen): Über eine „Febris uveoparotidea subchronica“, an der Glandula parotis und der Uvea des Auges lokalisiert und häufig mit Paresen zerebrospinaler Nerven kompliziert.

(v. Gräfe's Archiv für Ophthalm., Bd. LXX, S. 254, 1909.)

Verf. beobachtete drei Fälle dieser von ihm als selbständig gegenüber der Parotitis epidemica angesehenen Krankheit, deren Charakteristika folgende sind: Protrahierter Verlauf, niedriges, langwieriges Fieber, subchronische Schwellung der Parotis. Ebenso verlaufende Entzündungen der Uvea eines oder beider Augen und Paresen zerebrospinaler Nerven, von denen am häufigsten Nervus facialis und Vagus (Lähmung des weichen Gaumens, Stimmbandlähmung) befallen sind. Seltener sind Störungen der Sensibilität am Rumpf und an den Extremitäten. Die Paresen verschwinden schnell wieder, überhaupt gibt die ganze Krankheit eine durchaus günstige Prognose auch in bezug auf die befallenen Organe. Parotitis und Uveitis sind als wirkliche Lokalisationen des bisher noch unbekannten Krankheitserregers aufzufassen, während die Paresen wohl wahrscheinlich durch Toxine hervorgerufen werden dürften.

Brons (Dortmund).

Theodor Diller (Pittsburg, Pa.): A large glioma growing from the basal ganglia producing symptoms suggestive of a growth in the frontal region.

(Medical Record, 1909, Bd. LXXVI, Nr. 9.)

Das Leiden begann bei dem damals 39 Jahre alten Manne vor sieben Jahren mit oft sich wiederholenden „Geruchsanfällen“, wie er sie nannte: er wurde dabei für einige Minuten verwirrt und verspürte einen besonderen Geruch. Dazu gesellten sich sodann heftiges Kopfweh, das zumeist beiderseits in die Stirnregion und Hinterhauptgegend lokalisiert wurde, und 2 $\frac{1}{4}$ Jahr nach dem Einsetzen der ersten Erscheinungen konvulsive Anfälle, bei denen er angeblich bewußtlos, steif, blaß und schweratmend aufgefunden wurde; eigentliche Zuckungen scheinen nicht beobachtet worden zu sein. Diese Anfälle wiederholten sich in den nächsten sechs Jahren ungefähr ein dutzendmal. Weiter veränderte sich deutlich sein Charakter; er wurde vergeßlich, träge und stumpfsinnig. Das Gehör verschlechterte sich, desgleichen die Sehkraft. Es wurde ein hoher Grad von beiderseitiger Neuritis optica festgestellt. Der Geruchssinn war auf dem rechten Nasenloch stark beeinträchtigt. Die Pupillen waren gleich groß und reagierten gut auf Lichteinfall. Paralyse war nicht vorhanden, ebenso wenig Störungen der Sensibilität. Die Diagnose wurde auf Tumor im rechten

Stirnlappen gestellt. Die daraufhin vorgenommene Trepanation ergab aber ganz normale Verhältnisse, ausgenommen Anzeichen für starken Hirndruck.

Merkwürdigerweise besserten sich darauf die Krankheitserscheinungen ganz bedeutend. Die Kopfschmerzen verschwanden gänzlich, das Sehen wurde besser und sein Geisteszustand in der gleichen Weise. Die Anfälle blieben gänzlich fort. Nach vier Monaten aber starb der Patient. Die Sektion stellte das Vorhandensein eines Glioms an den Basalganglien fest.

Der vorliegende Fall erscheint bemerkenswert 1. wegen des Problems der Lokalisation, 2. wegen der deutlichen Besserung von Kopfschmerzen und Sehstörung nach der Operation, und 3. wegen Fehlens hemiplegischer Erscheinungen trotz des orangegroßen Tumors, der von den Basalganglien ausgegangen war.

Buschan (Stettin).

Hans Gerhard Creutzfeld: Drei Fälle von Tumor hypophyseos ohne Akromegalie.

(Mitteilungen aus den Hamburger Staatskrankenanstalten, 1909, Bd. IX, H. 15, S. 351—401.)

Die drei vom Verfasser beobachteten Fälle boten bei Lebzeiten nicht die geringsten akromegalischen Veränderungen, die Sektion ergab bei ihnen eine Geschwulst der Hypophyse. Im ersten Fall handelte es sich um eine schwere Karzinose; die Vergrößerung der Hypophyse war eine Hyperplasie, die Verfasser mit den von der Patientin durchgemachten zwölf Schwangerschaften in Verbindung bringt. — Der zweite Fall, wo eine hyperplastische Bildung der Drüse mit Übergang in Adenombildung festgestellt wurde, erscheint bemerkenswert, weil die Krankheit mit Diabetes insipidus und mit Schlafsucht einherging; beide Erscheinungen dürften auf eine Hyperfunktion des Organs zurückzuführen sein. — Im dritten Falle endlich, wo es sich um einen Plattenepitheltumor der Hypophyse handelte, scheint die Atrophie der Hoden und die hochgradige Obesitas, die fast einen weiblichen Habitus vortäuschte, mit der Erkrankung der Drüse in Zusammenhang zu stehen, allerdings soll nicht verschwiegen werden, daß im zweiten Falle die Kranke hochgradig abgemagert war.

Diesen drei Beobachtungen schickt Verfasser eine dankenswerte Zusammenstellung der bisher entweder nur klinisch oder auch mit Sektionsbefund veröffentlichten Fälle von Akromegalie, sowie der Fälle von Hypophysistumor ohne akromegalische Erscheinungen voraus. Von den 118 Fällen rein klinischer Beobachtungen bei Akromegalie zeigten 12,7 % zugleich Riesenwuchs oder doch eine das Mittelmaß überschreitende Körpergröße, 1,6 % Fettsucht, 36,4 % Hypoplasie oder Atrophie der Geschlechtsteile, 2,5 % eine Hyperplasie derselben, 18,6 % Hypoplasie oder Atrophie der Schilddrüse, 7,5 % Myxödem, 5,9 % Hyperplasie oder Struma thyreoideae, 8,47 % Hyperhidrosis, 0,8 % Tachykardie, 11 % Diabetes mellitus, 8,47 % Diabetes insipidus, 2,5 % Polyphagie, 4,2 % Schlafsucht und 50 % Sehstörungen in Form von Hemianopsie bis zur vollständigen Amaurose. 47,17 % waren weiblichen und 52,8 % männlichen Geschlechts; in 14 % stand der Krankheitsanfang in engerem oder mehr oder minder Zusammenhang mit der Schwangerschaft. — Von den 60 Fällen von Akromegalie mit Autopsie wurde in 8,3 % keine Hypophysenveränderung festgestellt oder war nicht erwähnt, in 25 % Sarkom der Hypophysis, in 20 % Hyperplasie, 13,3 % Struma, 20 % Adenom, 6,6 % Tumor ohne weitere Diagnose und in je 1,6 % ein Gliom, ein Tumor in der linken Großhirnhälfte,

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

12

Zerstörung der Drüse durch einen metastatischen Schilddrüsentumor und Zerstörung durch Blutung gefunden. Bei den gleichzeitig auch klinisch beobachteten nur acht Fällen von „Hypophysistumor“ verdient Erwähnung das Auftreten von Fettsucht in 62,5 %, von Atrophia genitalis in 50 %, von Schlafsucht in 12,5 % und von Diabetes insipidus in 37,5 %. — Von den 55 Sektionsbefunden bei Hypophysistumor ohne akromegalische Erscheinungen waren 27,27 % Sarkom, 9,09 % Hyperplasien, 5,45 % Strumen, 18,18 % Adenome, 34,54 % Plattenepitheltumoren der Hypophysis, je 1,818 % Metastase eines Schilddrüsentumors, Teratom und Lipom des Hinterlappens. Bei sarkomatöser Entartung der Hypophysis war Diabetes insipidus in 25,16 %, Atrophie der Genitalien in 6,6 %, Fettsucht in 13,13 % und Schlafsucht in 20 %, bei Plattenepitheltumoren Diabetes insipidus in 10,52 %, Atrophia genitalium in 21,05 %, Fettsucht in 10,52 % und Schlafsucht in 21,05 %, bei Hyperplasie der Drüse endlich Diabetes insipidus in nur 5,5 %, Atrophie der Geschlechtsteile in 5,5 % und Schlafsucht in 11,1 %, Fettsucht aber gar nicht vorhanden.

Vielleicht sind diese statistischen Angaben für spätere Forschungen über die Bedeutung der Hypophysis von Wert; daher habe ich sie hier eingehend wiedergegeben.

Buschan (Stettin).

Ramisch (Odessa): Zur Kasuistik der Kleinhirntumoren.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 762—774.)

Die Störungen begannen bei dem 40jährigen Patienten vor zwei Jahren mit linksseitigem Ohrensausen. Dazu gesellte sich allmählich bis zur Taubheit zunehmende Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr, Kopfschmerzen, die in der linken Nackengegend und rechten Schläfengegend lokalisiert und immer stärker wurden, Schluchzen und Erbrechen, Schwindelanfälle beim Gehen, Verschlechterung des Ganges und der Sprache, Schmerzen in den Beinen und Unterschenkeln, sowie Diplopie. Die Untersuchung ergab neben Stauungspapille Affektion fast aller Hirnnerven links, Unsicherheit der Beine, wackelnden Gang, Ataxie und leichte Schwäche der linken Extremitäten. Die Diagnose wurde auf Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel gestellt. Eine antisypilitische Kur brachte erst eine geringe Besserung, dann trat Verschlimmerung aller Symptome ein, es zeigte sich Abschwächung der Sensibilität links, die Empfindlichkeit des N. occipitalis minor und Sensibilitätsstörungen im N. occipitalis major links. Die in zwei Zeiten vorgenommene Operation mußte wegen starker Blutung unterbrochen werden, tags darauf erfolgte der Exitus. Die Obduktion ergab eine 8 cm lange, 5 cm breite, sehr leicht auslösbare Geschwulst (Fibrom) von 84 g Gewicht an der vermuteten Stelle. Ob sie vom N. acusticus ausgegangen war, konnte nicht festgestellt werden, da bei Herausnahme des Gehirns die Nerven größtenteils abgerissen wurden. Die linke Hälfte der Medulla und des hinteren Teils des Pons war komprimiert, am linken Kleinhirn war nur das innere Drittel in den Prozeß nicht einbegriffen, in der angrenzenden Kleinhirnhemisphäre waren einige 1—2 cm große erweichte Stellen; der linke Hinterhauptteil des Gehirns war nach außen verkürzt, seine Windungen an der inneren und äußeren Fläche komprimiert.

Neben den Kardinalsymptomen der Geschwülste im linken Kleinhirnbrückenwinkel (linksseitige Schwerhörigkeit, Blicklähmung und Hyporeflexie links, Schmerzen in der linken Nackengegend, der wackelnde Gang und Ataxie) weist R. noch

auf ein bei dem Patienten beobachtetes Symptom auf der Seite der Geschwulst hin, die Empfindlichkeit der oberen zwei Drittel des hinteren Randes des aufsteigenden Astes der Mandibula und im Raume zwischen diesem und dem Sternomastokleidoideus links, sowie auf die Druckempfindlichkeit des N. occipitalis minor und die Sensibilitätsstörungen im Bereich des N. occipitalis minor. Übrigens bestand bei dem Patienten beim Gang auch Wackeln nach der Seite des Tumorsitzes.

Hoppe (Königsberg).

H. v. Wyß (Zürich): Beobachtungen bei den Genickstarrefällen des Jahres 1908.

(Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte, 1909, Bd. XXXIX, Nr. 18, S. 617—625.)

Im Jahre 1908 kamen in der medizinischen Klinik von Zürich 20 Fälle (15 aus der Stadt, 5 vom Lande) im Alter von 4 Monaten bis zu 47 (die meisten zwischen 5 und 25) Jahren zur Beobachtung; die größte Zahl derselben trat im Frühjahr (März bis Mai) auf.

Wie Verfasser an fünf Krankengeschichten zeigt, war das klinische Bild ein außerordentlich verschiedenes; kein Fall verlief wie der andere; besonders die Temperatur, das Verhalten des Sensoriums, die Neigung zum Erbrechen wechselten von Fall zu Fall. Der Verlauf war durchaus unberechenbar, bald foudroyant in kurzer Zeit zum Tode führend, bald wieder günstig trotz stürmischen Beginns. „Nirgends, wie gerade bei dieser Affektion, müssen wir auf ganz überraschende Wendungen gefaßt sein, niemals können wir mit einiger Sicherheit den Ablauf konstruieren.“ Daher war eine Prognose zu stellen ungemein schwierig. Im allgemeinen schien für den Verfasser der Befund der Lumbalpunktion maßgebend. Gerade die Fälle, die am ersten und zweiten Krankheitstage, dann auch weiterhin kein positives Resultat ergaben, waren die schwersten; die Ausbildung von dickem und zähem Eiter scheint diesen Formen eigen zu sein. Je mehr Flüssigkeit dagegen erhalten wurde, um so günstiger erschien die Prognose, namentlich wenn das Quantum bei wiederholten Punktionen zunahm, wobei die Menge des Eitersedimentes zu Anfang, sowie die Zahl der Meningokokken im Ausstrichpräparat ziemlich gleichgültig erschien. — Eine Abgrenzung der epidemischen Form von der tuberkulösen auf Grund des klinischen Bildes war nicht möglich. Temperaturverhältnisse, Herpesausbruch, Blutbefund, Kernig'sche Zeichen, Augenhintergrundbefund boten nichts Spezifisches für die eine oder die andere Form. Höchstens, meint Verfasser, könnte die hochgradige Nackensteifigkeit für die epidemische Form diagnostisch verwertet werden. Zu einer exakten Diagnose ist demnach eine Lumbalpunktion erforderlich. Sie wurde in allen beobachteten Fällen vorgenommen. Von den 20 Fällen fiel das Ergebnis 16mal positiv (Flüssigkeit mehr oder weniger eitrig mit Meningococcus intracellularis Weichs.) aus; in 3 Fällen wurde andauernd keine Flüssigkeit erhalten, in 1 war die Flüssigkeit fast reines Blut.

Die Mortalität betrug 50%, und zwar starben von 10 der Krankheit erlegenen Personen 7 innerhalb der ersten Krankheitswoche, 3 erst nach längerer Zeit an Folgezuständen (Dekubitus, Hydrozephalus); in diesen dreien Fällen ließen sich post mortem in der Zerebrospinalflüssigkeit keine Meningokokken nachweisen. Von den geheilten konnten 8 ohne irgendwelche Residuen entlassen werden, 1 dagegen litt an einer vollständigen Taubheit, ein weiterer an Verlust des Gehörs und des Sehvermögens auf einem Auge (Panophthalmitis). Lähmung

12*

der verschiedenen Nerven wurde mit Ausnahme einer Fazialisparese nicht beobachtet, ebensowenig Muskelatrophien.

Bei der Behandlung wurde in 15 Fällen das aus dem Berner Serum-institut bezogene Antimeningokokkusserum angewandt, und zwar mittels Einspritzung in den Subarachnoidealsack im unmittelbaren Anschluß an die Lumbalpunktion; bis zu höchstens 20 ccm, da dann stets über große Schmerzen geklagt wurde, auch bei Vorerwärmung auf Blutwärme. Von den 15 so behandelten Fällen wurden 9 geheilt, 6 starben (40% Mortalität). Von den 5 nicht mit Serum behandelten Fällen wurde 1 geheilt, die übrigen starben (das viermonatliche Kind und die 3 bezüglich der Punktion negativen Fälle). Gegenüber dem anscheinend günstigen Einfluß der Seruminjektion möchte Verfasser noch zwei Tatsachen anführen. Er gewann den Eindruck, daß auch die häufig wiederholte Punktion an sich einen günstigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf ausübte. Er sah dieselben Remissionen der Temperatur, das Verschwinden des Erbrechens, das Geringerwerden der Kopfschmerzen und die Hebung des Allgemeinbefindens nach Punktion ohne Serumeinspritzung, wie nach Applikation derselben. Sodann machte er die Beobachtung, daß die so ungemein verderbliche Eindickung des Eiters durch das Serum, namentlich wenn es in reichlicherer Menge zugeführt wird, hintangehalten wird. „Es bleibt abzuwarten, ob dieser Dienst nicht auch von einer anderen, dem Rückenmark unschädlichen, weniger kostspieligen und leichter zu beschaffenden Flüssigkeit geleistet wird.“ Irgendein abschließendes Urteil über die Serumtherapie zu geben scheint mir zurzeit nicht möglich.“

Buschan (Stettin).

Petr. Preobraszenski (Moskau): Ein Beitrag zur Lehre von der syphilitischen Poliomyelitis acuta.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 1069—1074.)

Bei einer 46jährigen Tagelöhnerin, die vor 15 Jahren an Lues gelitten hatte und als Säuerin zuletzt wegen Alkoholismus behandelt worden war, entwickelte sich einen Monat nach dieser Erkrankung eine zunehmende schlaffe Lähmung aller Extremitäten. Anfänglich Retentia urinae, später auch Parese der Bauch- und Atemmuskeln, zeitweilig Schmerzen in den Beinen. Beide Pupillen lichtstarr, Sehnenreflexe fehlten. Nach zirka zehn Wochen erfolgte mit zunehmender Schwäche der Tod. Während so die Erscheinungen zunächst für eine Polyneuritis mit Beteiligung der Rumpfmuskeln sprachen, ergab die Sektion eine akute Poliomyelitis, die beide Vorderhörner von der Mitte der Halsanschwellung bis zum Kanale befallen hatte. Spezifische Veränderungen der Gefäße mit kleinzelliger Infiltration, sowie die Beteiligung der weichen Hirnhäute sprechen dafür, daß diese Poliomyelitis syphilitischen Ursprungs war. Es handelte sich um einen deutlich interstitiellen Prozeß, der zum Schwunde der Zellen geführt hatte.

Hoppe (Königsberg).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

33. Jahrgang.

Erstes Märzheft 1910.

Neue Folge 21. Bd.

I. Originalien.

(Aus der Staatsirrenanstalt Lübeck. Leitender Arzt: Dr. Wattenberg.)

Blutschwitzen bei einer Hysterischen.

Von Dr. **Enge**, zweitem Arzt der Anstalt.

Das Vorkommen spontaner Blutungen bei der Hysterie ist auch heute noch eine nicht unbestrittene Frage. Unter den sogenannten Hautblutungen unterscheidet Binswanger in seiner Monographie der Hysterie zwei verschiedene Arten, einmal das Erscheinen von Bluttröpfchen auf der Haut, sodann die Blutblasen, welche anfänglich eine wässrige, dann blutig gefärbte Flüssigkeit enthalten und später aufbrechen. Die letztere Form ist zum Teil als vikariierende Blutung bei Amenorrhöe beobachtet, die erstere wird mit dem Namen Hämatohidrosis belegt. Binswanger erklärt, daß der letzteren Form mit großer Skepsis zu begegnen sei, und fügt hinzu, daß er persönlich keine reinen Fälle von Hautblutungen gesehen habe, sondern daß die beiden einzigen hierher gehörigen Fälle seiner Beobachtungen schwere Stoffwechselstörungen geboten hätten. In dem einen Fall sei eine schwere chronische Nephritis vorhanden gewesen, die andere Patientin sei unter den Erscheinungen der progressiven perniziösen Anämie zugrunde gegangen. Bei der Seltenheit des Symptomes wird jede neue Beobachtung Interesse beanspruchen dürfen.

Im folgenden sei daher ein in der hiesigen Staatsirrenanstalt kürzlich beobachteter Fall von Blutschwitzen mitgeteilt. Da die Kranke auch sonst eine Reihe seltener vorkommender Störungen aufwies, sei die Krankengeschichte in extenso wiedergegeben.

Kr. P. G., Straßenbahnwagenführersfrau, geboren 24. Januar 1882, aufgenommen 7. Oktober 1909.

Eltern leben. Keine Psychosen oder Neurosen in der Familie. Als Kind Masern und Keuchhusten. 1905 Gelenkrheumatismus. Im Anschluß an die Geburten Venenentzündung. 1905 geheiratet. Vier Kinder. 1906: Zwillinge, 1907: ein Knabe. Kinder leben, sind gesund. Frühjahr 1908: ein Mädchen, gestorben an Brechdurchfall. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett immer normal; doch jedesmal sehr geschwächt.

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

13.

Die ersten Zeichen der jetzigen Erkrankung nach der letzten Geburt (März 1908). Wurde still, zog sich zurück, klagte über allerhand Sensationen und Schwächegefühle, glaubte ihren Hausstand nicht mehr versehen zu können, leistete in der Tat auch wenig. Verstand, während sie früher sparsam war, jetzt nicht mehr mit Geld zu wirtschaften, versteckte solches an heimlichen Orten. Ihre Umgebung bemerkte wohl die mit ihr vorgegangene Wesensänderung, hielt sie aber nicht für geisteskrank.

Am 7. Oktober 1909 lief sie mittags von Hause unbemerkt weg und wurde in einem ihrer Wohnung entgegengesetzt liegenden Stadtteil in aufgeregtem Zustande, fortwährend das Vaterunser betend, betroffen und zur Polizeiwache sistiert.

Bei ihrer Vernehmung gab sie keinerlei Auskunft und wurde auf Veranlassung des Polizeiarztes der Irrenanstalt zugeführt.

Bei der Aufnahme liegt sie, unruhig sich hin und her wälzend, auf einer Bahre, hat aufgelöstes, fliegendes Haar, die Kleidung ist ungeordnet.

Auf dem Wege nach der Abteilung schreit sie mehrmals plötzlich laut auf: „Ja, das ist die Irrenanstalt“, gibt im übrigen keinerlei Auskunft.

Als sie auf einen Stuhl gesetzt wird, werden ihre Glieder plötzlich von einer allgemeinen Starre befallen. Der Gesichtsausdruck ist maskenartig starr. Das Kinn wird fest auf die Brust gestützt, die Hände über der Brust gekreuzt, die Finger ineinander verankert. Auf Anruf reagiert sie gar nicht, bei Nadelstichen bleibt sie völlig unbeweglich. Bewegungsversuche steigern die Muskelspannungen. Dauer dieses Zustandes etwa zehn Minuten, dann ganz plötzliche Lösung, so daß sie ausgekleidet, gebadet und zu Bett gebracht werden kann.

Abends 6 Uhr: Patientin liegt ausgestreckt im Bett, die Augen halb geschlossen, im Gesichtsausdruck ist wenig Bewegung, um so mehr fällt ein beiderseitiges Lidflattern auf, hin und wieder ist ein Anflug von Lächeln bemerkbar. Auf Anruf sieht sie langsam auf, antwortet aber nur auf wiederholtes Fragen und stets mit leiser, tonloser Stimme. Sie ist persönlich, zeitlich, örtlich orientiert, und äußert Krankheitsgefühl, indem sie sagt, daß sie sich seit langer Zeit außerordentlich schwach fühle. Wie sie hierher gekommen, was draußen geschehen sei, gibt sie an, nicht zu wissen. Bewegungen führt sie auf Geheiß aus, doch langsam. Ihre Extremitäten, ihr Kopf und Rumpf verharren beliebige Zeit in jeder gegebenen Haltung.

Körperliche Untersuchung: Größe 1,61 m. Mäßiger Ernährungszustand. Keine Ödeme, keine Exantheme, keine Drüenschwellungen. Brüste wenig ausgebildet. An der rechten Oberlippe am Naseneingang alte Narbe (Verletzung in der Kindheit). Vorderzähne sehr defekt, an den Rändern wie mit einem Loch-eisen ausgebrochen. Zunge und Rachen o. B.

Lungenbefund normal. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Spitzenstoß im fünften JCR., erster Ton an der Spitze unrein. Basistöne sehr leise. Bauch weich, sehr viele alte Schwangerschaftsnarben. Ist menstruiert. Der mit Menstruationsblut vermischte Urin ergibt beim Kochen geringe Trübung.

Neurologischer Status:

Fazialis und Hypoglossus intakt. Augenbewegungen frei. Pupillen beiderseits mittelweit, gleich, reagieren prompt auf L. und C. Konjunktival- und Kornealreflexe wenig ausgesprochen, Gaumen- und Würgreflex normal vorhanden. Sehr lebhaftes Kniescheiben- und Achillessehnenreflexe. Klonus nicht auszulösen (spannt). Fußsohlen- und Bauchdeckenreflexe lebhaft. Kein Babinski.



Beiderseits Ovarie (links erfolgt kurze tetanische Krümmung der Wirbelsäule von opisthotonem Charakter); Druckpunkte an der lateralen und unteren Zirkumferenz der Mammae, ferner beiderseits Druckpunkte am unteren Rippenbogen zwischen Axillar- und Mammillarlinie.

Berührungsempfindlichkeit nicht genau zu prüfen, da Patientin nicht immer Antwort gibt. Am ganzen Körper besteht Hyperalgesie, besonders ausgesprochen im Gesicht, an beiden Vorderarmen sowie an beiden Unterschenkeln. An diesen Stellen erfolgt bereits bei leisen Nadelstichen sehr lebhaftere Schmerzreaktion.

Gang taumelig, sinkt in den Knien zusammen, sonst keine motorischen Störungen. Schrift o. B. Sprache leise, flüsternd, tonlos, ohne artikulatorische Störung. Blase und Mastdarm o. B.

8. Oktober 1909. Hat die ganze Nacht ruhig geschlafen, macht heute morgen wie gestern abend müden, schläfrigen Eindruck, ist aber zu fixieren. Sie ist wiederum orientiert, gibt auch genau an, was sie am gestrigen Tage getan hat, und weiß, wie sie hierher gekommen ist. Sie sei von Hause fortgelaufen, weil sie sich von einer Macht verfolgt glaubte. Stimmen hätten ihr Schlechtes zugerufen. Details sind trotz Bemühens nicht zu erlangen.

Während der Exploration versinkt sie allmählich in einen traumhaften Zustand. Zunächst aufrecht im Bett sitzend, beginnt sie mit dem Oberkörper hin und her zu schwanken, schließt die Augen, senkt den Kopf nach vorn und läßt sich so allmählich aus der sitzenden Stellung in die Rückenlage niedergleiten. Dann liegt sie still und unbeweglich. Zunächst gelingt es noch einmal, sie durch lautes Anrufen und unter Mithilfe zum Aufsitzen und zur Beantwortung von Fragen zu veranlassen. Nach kurzer Zeit wiederholt sich der eben beschriebene Vorgang. Sie liegt nun wie schlafend, antwortet nicht mehr, kommt keiner Aufforderung mehr nach. Bei passiven Gliederbewegungen hat man zunächst einen gewissen Widerstand zu überwinden, dann verbleiben die Glieder in jeder gegebenen Stellung. Die Schmerzempfindlichkeit ist in diesem Stadium erloschen. Dauer dieses Zustandes mehrere Stunden, dann plötzliches Erwachen. Keine Motivierung von ihr zu erlangen, anscheinend keine Erinnerung an diesen Zustand.

9. Oktober 1909. Wiederum stärkere Bewußtseinstörung mit ausgesprochener Flexibilitas cerea. Reagiert auf Anruf und körperliche Reize nicht.

Am Abend an der linken Oberlippe zirka fünf bis sechs kleine Herpesbläschen sichtbar. Temperatur erhöht 37,6 (gegen vorher 37,1 und 37,0 am 7. Oktober; 37,2 und 37,2 am 8. Oktober; 37,4 am 9. Oktober früh). Keine Lungenerscheinungen. Stuhlgang angehalten, Urin gelassen.

10. Oktober 1909. Heute wiederum plötzliches Einsetzen allgemeiner Muskelstarre. Hält die Augen fest geschlossen, bewegt kein Glied, reagiert auf nichts. Nach Überwindung der Spannung wiederum Flexibilitas. Nach kurzer Zeit plötzliche Lösung, mehrmalige Wiederkehr dieses Zustandes am Tage. Die ihn begleitende Bewußtseinsstörung ist von wechselnder Intensität. Die Kranke hat anscheinend keine Erinnerung an diese Zustände.

Herpesbläschen sind zu einem Schorf eingetrocknet.

Körpertemperatur 37,2 und 37,4.

11. Oktober 1909. Befindet sich bei der Mittagsvisite wiederum in einem Zustand stärkerer Bewußtseinstörung; überall starke Muskelspannungen, reagiert wiederum gar nicht.

Auf der Nase ist eine leicht ödematöse Schwellung und geringe Rötung bemerkbar, die sich nach beiden Wangen fleckenartig ausdehnt und allmählich in die normale Haut übergeht. Die Schwellung ist eben eindrückbar. Die Temperatur über diesen Stellen fühlt sich nicht erhöht an.

Auf der Stirn, die stark schwitzt, sind etwa zehn bis zwölf stecknadelkopfgroße Blutstropfen bemerkbar, die, weggewischt, sich in wenigen Minuten wieder zeigen. An den übrigen Hautstellen ist nichts dergleichen bemerkbar; doch zeigen auch beide Wangen stark vermehrte Schweißsekretion, während am übrigen Körper die Haut sich nur leicht feucht anfühlt. Körpertemperatur 37,1.

4 Uhr nachmittags. Besuch vom Ehemann. Der gleiche Zustand. Starr am ganzen Körper, muß nach dem Besuchszimmer getragen werden. Sieht beim Besuch nicht auf, spricht nicht. Bald nach Weggang des Mannes steht sie plötzlich auf, geht allein zu ihrem Bett, spricht Bedauern darüber aus, daß sie mit ihm nicht gesprochen habe, motiviert aber nicht, warum sie es nicht getan habe.

Abendvisite. Liegt wiederum wie schlafend, sieht bei Anrede flüchtig auf, antwortet nur wenig und mit leiser Stimme. Hyperhidrosis und Hämato-hidrosis geschwunden; doch besteht die leichte Schwellung auf Nase und Wangen fort. Temperatur 36,9. Herpesschorf abgefallen.

12. Oktober 1909. Macht früh etwas freieren Eindruck, gibt aber nur einsilbige Antworten, spricht stets mit leiser Stimme, motiviert das nicht, kommt Aufforderungen langsam nach, Muskelspannungen heute nicht vorhanden, aber Flexibilitas; angedeutet Echopraxie (sehr langsam erfolgende Reaktion).

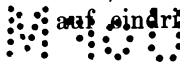
Körperlich. Ovarie links stärker wie rechts. Mammillarpunkte, untere Interkostalpunkte, sehr lebhafte Kniescheiben- und Achillessehnenreflexe, starkes vasomotorisches Nachröten. Hyperalgesie im Gesicht, entsprechend der Gegend der beschriebenen Schwellung, die jetzt fast völlig zurückgetreten ist, nur erscheint die Nase auffallend blaß. Gesichtsfeld, das bei der Aufmerksamkeitsstörung der Kranken nur im groben geprüft werden kann, anscheinend ungestört. — Urin frei von Eiweiß.

15. Oktober 1909. War wenige Tage etwas freier, doch war sie bei der Unterhaltung stets langsam, gehemmt. Hat in der Zwischenzeit neue Eindrücke aufgenommen, kennt fast sämtliche Kranken im Saal mit Namen, während sie an ihre Zustände keine Erinnerung haben will. Sie ist orientiert, hat Krankheitsgefühl. Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen stellt sie etwas zögernd in Abrede. Über ihr Gesicht fliegt hin und wieder flüchtiges Lächeln, meist liegt sie ganz still, spricht ungefragt nichts. Flexibilitas dauernd sehr ausgesprochen vorhanden.

16. Oktober 1909. Heute wieder plötzliches Verfallen in einen Zustand schwerer Bewußtseinsstörung. Völlige Reaktionslosigkeit. Muskelstarre schwersten Grades, Dauer des Zustandes eine Stunde.

18. Oktober 1909. Verlegung nach einer anderen Station. Erstmals etwas erregter, verläßt häufig das Bett, legt sich auf den Fußboden, betet das Vaterunser. Zuweilen etwas ängstlich, schwitzt stark, beschleunigte Atmung.

19. Oktober 1909. Nachts nicht geschlafen, unruhig, verließ häufig das Bett, betete. Heute wiederum traumhafter Bewußtseinszustand, antwortet nur auf eindringliches Fragen. Erstmals etwas deprimiert, äußert: Alle haben mich



unter, gönnen mir die ewige Ruhe nicht, es geht mit mir zu Ende (legt sich apathisch zurück, stöhnt wie ein Sterbender).

20. Oktober 1909. Liegt bei der Visite wieder unbeweglich zu Bett, Augen halb geschlossen, Hände über der Bettdecke gekreuzt. Gesichtsausdruck träumerisch. Weder auf Anruf noch sonstige Reize reagierend. Bei passiven Bewegungsversuchen zunächst Widerstand, dann Flexibilitas.

Starkes Schwitzen am ganzen Körper, am stärksten an Stirn und Wange.

An der Stirn, auf der Nase, auf der linken Wange und am linken Vorderarm sehr zahlreiche stecknadelkopfgroße Blutstropfen, die nach Wegwischen sich nach kurzer Zeit wieder zeigen. Die Stellen, an denen die Blutstropfen sitzen, erweisen sich als stark hyperalgetisch, während der übrige Körper eine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit zeigt. Körpertemperatur 37,6 und 37,3.

Am Abend der gleiche Zustand. Am linken Arm noch immer einige Blutstropfen sichtbar.

21. Oktober 1909. Den ganzen Tag über in einem dem gestrigen ähnlichen Zustand, schwitzt mäßig am ganzen Körper, nirgends Blutpunkte. Ganzen Tag nichts gegessen.

22. Oktober 1909. Nachts unruhig, Bett verlassen, lag leise betend auf dem Fußboden, wurde starr beim Anfassen, als sie zurückgebracht werden sollte.

30. Oktober 1909. In den letzten Tagen keine neuen Symptome. Häufiger und plötzlicher Wechsel des Bewußtseinszustandes, bald Muskelstarre mit Flexibilitas und völlig reaktionslos, bald träumerisch, gehemmt, doch fixierbar.

Hat niemals ein lautes Wort gesprochen.

Schied gegen ärztlichen Rat aus der Anstaltsbehandlung.

Ich sehe ab von einer eingehenden Erörterung der Differentialdiagnose vorstehenden Falles. Allein schon der eigenartige Bewußtseinszustand mit seinem plötzlichen und häufigen Wechsel einschließlich der motorischen Erscheinungen scheint mir die Diagnose der Hysterie zu sichern.

Es erübrigt nur noch eine kurze Kritik des beobachteten Symptoms des Blutschwitzens.

Bei der beständigen und intensiven Bewachung der Kranken wird man den möglichen Einwand zurückweisen können, daß für das Erscheinen der Bluttröpfchen auf der Haut etwa absichtliche oder unbeabsichtigte mechanische Insulte ursächlich gewirkt hätten. Ebensowenig fanden sich bei dem beobachteten Fall körperliche Erkrankungen bezüglich Stoffwechselstörungen, die für das Entstehen der Hautblutungen hätten verantwortlich gemacht werden können. Nach Ausschluß dieser beiden Momente bleibt nur das Entstehen auf der hysterischen Basis.

Als Argumente für diese Annahme spreche ich an:

1. das Auftreten jedesmal in einem paroxysmusartigen Anfall (kataleptische Starre mit Flexibilitas cerea);

2. die Lokalisation des Blutschwitzens auf Zonen, die sich als hyperalgetisch erwiesen;

3. die gleichzeitige Beobachtung anderer angioneurotischer bzw. sekretorischer und trophoneurotischer Anomalien, wie sie der Hysterie eigen sind.

Hierher gehören das vasomotorische Nachröten, der Herpes labialis, das flüchtige Ödem des Gesichts und die Hyperhidrosis.

II. Vereinsberichte.

Société de Neurologie de Paris (Sitzung: 4. März 1909).

(Revue Neurologique, XVII, Nr. 6.)

M. Achard: A propos de l'hémianesthésie organique.

Vortr. berichtet über zwei von ihm 1887 gemachte Beobachtungen von Thalamusherden im Anschluß an die von Roussy gemachten Mitteilungen, und weist auf die unregelmäßige Anordnung der Sensibilitätsstörungen bei organischen Hemianästhesien hin.

M. Pierre Merle: Maladie de Recklinghausen et Rétraction de l'Aponévrose Palmaire.

Kasuistische Mitteilung.

H. Claude et L. Jacob: Sclérose en Plaques etc.

Vorstellung eines Patienten, der seit sieben Jahren an einer spastischen Paraplegie leidet. Dabei bestehen Parästhesien an den Extremitäten und im Gesicht, Intentionstremor, Nystagmus, ein geringer Grad von Ataxie. Von Interesse bei dem Fall ist das Verhalten einzelner Sehnenreflexe: der linke Achillesreflex fehlt, ebenso die Olekranon- und Unterarmreflexe. Es besteht linksseitige Astereognosis geringen Grades.

G. Guillain et G. Houzel: Lésion du Pédoncule par balle de revolver.

Krankenvorstellung: Typische Ausfallserscheinungen infolge Verletzung des rechten Pedunkulus. Von besonderem Interesse ist das Auftreten des Argyll Robertson'schen Phänomens am rechten ophthalmoplegischen Auge.

M. Brissaud: Poliomyélite antérieure subaiguë du Type scapulo-huméral.

Demonstration eines Patienten.

M. de Lapersonne: Syphilis héréditaire et Ophtalmoplegie interne.

Krankenvorstellung.

Brissaud, Bauer et Gy: Maladie de Thomsen.

Demonstration eines Kranken mit Myotonia congenita, dem indessen die für dieses Krankheitsbild typische elektrische myotonische Reaktion fehlt.

H. Dufour et Cottenot: Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale.

29jährige Patientin erkrankt akut unter den Symptomen von Darmverschluß. Therapie: Anus praeternaturalis. Sie wird völlig geheilt entlassen; indessen führen sie diese akuten intestinalen Symptome (Erbrechen, Verstopfung) mehrfach wieder ins Krankenhaus; es wird nach zehn Monaten eine Tabes bei ihr festgestellt. Die Darmverschlußsymptome sind im Sinne von gastrischen Krisen zu erklären.

H. Dufour et Cottenot: Névrite Gravidique localisée au Pneumogastrique.

Kasuistische Mitteilung. Votr. weist auf die große Häufigkeit der Fälle hin, in denen unstillbares Erbrechen und nervöse Beschwerden Hand in Hand gehen, und hält es für wahrscheinlich, daß die durch die Schwangerschaft geweckte nervöse Läsion die Ursache der Reaktion seitens des Magens ist. Er belegt die Behauptung unter anderem durch die Demonstration einer Patientin, die unstillbares Erbrechen, verbunden mit einer Tachykardie von 120 Pulsschlägen, zeigt. Die letzteren Erscheinungen bestanden noch drei Monate nach Aufhören des Erbrechens und weisen auf eine Neuritis des N. vagus hin.

F. Raymond et P. Lejonne: Encéphalomyélite consécutive à un état méningé chez une fillette de 9 ans.

Im Gefolge einer von Läsion der nervösen Zentren begleiteten Meningitis tritt eine fortschreitende chronische, disseminierte Enzephalomyelitis auf, die dem Bilde der multiplen Sklerose ähnelt (spastische Paraplegie mit zerebellaren Erscheinungen, ausgesprochenes Intentionszittern, Nystagmus, skandierende Sprache). Votr. glaubt auf Grund seiner differentialdiagnostischen Erwägungen an die Möglichkeit, daß das Krankheitsbild sich trotz der Jugend der Patientin zur multiplen Sklerose entwickeln könnte.

In der Diskussion bemerkt Pierre Marie, daß er an eine multiple Sklerose in diesem jugendlichen Alter nicht glaube.

Vouters et Chevallier: Aphasie motrice et Agraphie transitoires.

Demonstration eines Patienten, der sich bei einem Suizidversuch eine Kugel in den Kopf geschossen hat, die im Röntgenbilde in der linken Hemisphäre unter den Rolando'schen Windungen sichtbar war. Die Wunde heilte reaktionslos. Drei Monate später stellten sich Kopfschmerzen ein, und man schritt zur Exzision der Kugel durch das linke Frontalhirn. Im Gefolge des operativen Eingriffs stellte sich eine zunächst komplette motorische Aphasie ein, die sich wieder besserte. Zugleich stellte sich eine Agraphie ein. Dagegen bestand nicht die geringste Störung des Sprachverständnisses.

Nach der Operation zeigte sich eine Lähmung des unteren Fazialis sowie des Hypoglossus. Die Läsion betraf also die Broca'sche Gegend sowie das kortikale Zentrum des unteren N. VII und des N. XII. Herr P. Marie tritt in der Diskussion der Auffassung entgegen, daß dieser Fall einen Beweis für die Lokalisation liefere, da der operative Eingriff viel ausgedehntere zerebrale Läsionen mit sich gebracht habe. Herr Thomas und Herr Déjerine traten dieser Ansicht entgegen.

Gilbert, Carnot et Descomps: Paralyse du biceps et du brachial antérieur chez un Tabétique.

Kasuistische Mitteilung. Vortr. zieht zwischen diesen Muskellähmungen, die er für tabischen Ursprungs hält, und den tabischen Ophthalmoplegien die Parallele: plötzliches Eintreten, Begrenzung in der Anzahl der betroffenen Muskeln, Tendenz zu Rezidiven.

Max Egger: Dissociation entre le mouvement cortico-spinal et cérébello-spinal.

Vortr. gibt eine Methode an, mittels eines Winkelmaßes die Exkursionen des Tibio-Tarsalgelenks in Zentimetern auszudrücken, und prüft die Exkursionsfähigkeit an einigen Hemiplegikern (mit Ausnahme derer, bei denen infolge exzessiver Verkürzung des Triceps surae der in Equinus- oder Equino-varus-Stellung befindliche Fuß nicht ohne große Anstrengungen in rechtwinklige Stellung geführt werden kann).

Es ergibt sich dabei, daß der Fuß des Hemiplegikers in aufrechter Stellung beweglicher wird als in den anderen Lagen, und seine Exkursionen dann fast denen des gesunden Fußes gleichen. Vortr. führt dieses Phänomen auf einen Innervationsunterschied des Triceps surae im Stehen und in der Liegestellung zurück, indem er von einem Anwachsen des Tonus bei aufrechter Stellung (Tonus orthostatique) spricht. Diese Haltung löst auch einen Innervationsmechanismus aus, der in Ruhelage nicht besteht; dasselbe betrifft die Feststellung der Gelenke.

Die Unbeweglichkeit des Fußes des Hemiplegikers in dorsaler Ruhelage erklärt Vortr. daraus, daß in dieser Lage das Kleinhirn seine Tätigkeit einstellt, daß also unter diesen Bedingungen für die Plantarflexion nur der kortiko-spinale Weg leitet. Je nach dem Grade der Läsion dieses Weges gelingt also die Plantarflexion.

In aufrechter Stellung befindet sich der Fuß unter der Herrschaft des Zerebellums, und wenn bei dem Hemiplegiker die zerebello-spinale Leitung intakt ist, kann dann die Bewegung in voller Exkursion ausgeführt werden. Vortr. sieht also hierin ein schönes Beispiel für die Dissoziation zwischen willkürlicher Bewegung und automatischer Innervation.

Weiterhin bespricht Vortr. die Unterschiede im Gange der Zerebellar-Ataktischen und Tabiker von dem der Hemiplegiker von gleichen Gesichtspunkten ausgehend.

Max Egger: Un nouveau cas d'Ataxie sans troubles sensitifs.

Kasuistische Mitteilung.

M. Babinski: Deux cas de Tumeur cérébrale.

Wird in dem folgenden Sitzungsbericht referiert.

Gustave Roussy: Présentation d'une Moelle de Syringomyélie en „canne de Provence“.

Demonstration eines Rückenmarks mit enormen Veränderungen im Sinne der Syringomyelie, die mit der Intensität der klinischen Erscheinungen nicht in völligem Einklange stehen.

Pierre Merle et Raulot-Lapointe: Les altérations osseuses au cours de la Myopathie.

Die Knochenveränderungen herrschen in den Segmenten vor, in denen die muskuläre Atrophie sich findet, und charakterisieren sich folgendermaßen:

1. Das Knochengewebe zeigt quantitative und qualitative Veränderungen: die Diaphysen sind verschmälert, außerordentlich transparent im Niveau der Knochenachse. Die Epiphysen erscheinen aus homogenem Gewebe, abgeplattet. In der Kniescheibe kann das kompakte Gewebe ganz schwinden.

2. Die Knochen erleiden Veränderungen in ihrer Gestalt: Verschmälerung der Diaphysen an der Epiphysengrenze; anomale Humerushiegunge usw.

Es scheint sich nicht nur um Myopathie, sondern auch um progressive Osteopathie zu handeln; offenbar sind diese beiden Komponenten des motorischen Apparates durch die gleichen Segmente in paralleler Weise betroffen.

P. Lejonne et J. Lhermitte: Sur la nature inflammatoire de certaines Scléroses en Plaques.

An der Hand dreier klinisch und anatomisch beobachteten Fälle legt Votr. die Annahme einer auf Intoxikation oder Infektion beruhenden Ätiologie nahe.

P. Merle: Sur la neurotisation du ramollissement cérébral.

Wird an anderer Stelle referiert.

R. Hirschfeld (Berlin).

Société de Neurologie de Paris (I. April 1909).

(Rev. Neurol. XVII, Nr. 8.)

Brissaud et Sicard: Résultats rapprochés et éloignés de la Section de la branche externe du Spinal.

Vier Fälle von Durchschneidung des N. accessorius ungefähr auf gleichem Niveau. Zwei der Fälle zeigten Parese der Schulter, manuelle Schwierigkeit beim Heben schwerer Gewichte, lebhafte Schmerzen, ferner Atrophie der Muskeln mit E.A.R. usw. Bei den beiden anderen Fällen waren alle diese Symptome auf ein Minimum reduziert. Zu erklären ist dieses verschiedenartige Verhalten aus der doppelten Innervation des Trapezius und Sternokleidomastoideus. Vom sechsten Monate an konnte man einen fast völligen Rückgang der pathologischen Symptome beobachten.

F. Raymond et Henri Français: Syndrome de la calotte du Pédoncule cérébral.

Demonstration eines Patienten mit totaler rechtsseitiger und partieller linksseitiger Okulomotoriuslähmung, linksseitiger Hemiplegie, auch des Gesichtsnerven, die sich dadurch auszeichnet, daß die Störungen der Motilität nicht sehr ausgesprochen, während oberflächliche und tiefe Sensibilitätsstörungen erheblich sind. Auf der gleichen Seite bestehen endlich noch Symptome zerebellarer Ataxie und Asynergie. Die Erscheinungen werden auf eine Haubenläsion unter

dem III. Ventrikel und dem Aquädukt zurückgeführt, jederseits die Kerne des N. III einbegreifend, rechterseits den roten Kern, den oberen Kleinhirnschenkel und möglicherweise den Fasciculus longitudinalis posterior. Die leichte Hemiparese ist durch Fernwirkung leicht zu erklären.

F. Raymond et H. Français: Un cas de Syndrome Protuberantiel avec troubles du Goût et hyperexcitabilité du nerf Facial.

Fall von Millard-Gubler'scher Lähmung mit einigen Besonderheiten, unter denen die Geschmacksstörung an den vorderen Zweidrittel der Zunge besonders hervorgehoben werden mag. Da kein Symptom auf eine Verletzung der Chorda Tympani hinweist, charakterisiert sich diese als zentrale Geschmacksstörung. Verf. erörtert sodann die Hypothesen über die Geschmacksleitung und schließt sich derjenigen von Lussana an, der dem N. intermedius Wrisbergii die Leitung des Geschmacks vom Ganglion geniculi zum Bulbus zuschreibt. Dieser Nerv ist in diesem Falle entweder im Niveau seines Kerns oder in den mit diesem in Verbindung stehenden peripheren oder zentralen Faden lädiert.

Henri Dufour et Cottenot: Néuralgie paresthésique bilatérale du Fémoro-cutané etc.

24jährige, im siebenten Schwangerschaftsmonate stehende Frau erkrankt an brennenden Schmerzen im Gebiete des N. cutaneus femoris anterior extern, sowie des ram. perforans sup. des N. femoralis beiderseits. In diesem Bezirke zeigte sich der Sensibilitätsausfall für alle Qualitäten. Es handelt sich um eine durch den graviden Uterus hervorgerufene Neuralgie mit Parästhesien, die durch den Zug des wachsenden Uterus entstanden ist. Votr. macht ferner darauf aufmerksam, daß ein gewisser Antagonismus zwischen Varizen und Neuralgien besteht, deren Entstehungsmechanismus (Kompression oder Elongation) ein verschiedener ist: wo Varizen sind, entstehen keine Neuralgien.

Georges Guillain, Rochon-Duvignard et J. Troisier: Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du Pédoncule cérébral.

Besprechung zweier Fälle, die durch die in der Überschrift mitgeteilten Symptome interessant sind. Der eine wurde in dem vorigen Sitzungsberichte kurz referiert. Bei dem zweiten handelt es sich um einen Erweichungsherd im linken Hirnschenkel, der den Weber'schen Symptomenkomplex hervorgerufen hatte. Am linken Auge besteht das Argyll-Robertson'sche Zeichen.

Ch. Achard et Louis Ramond: Naevus congénital à topographie Zoniforme.

Kasuistische Mitteilung.

Ch. Achard et Louis Ramond: Troubles trophiques des Ongles chez un Saturnin.

Linksseitige Bleilähmung mit trophischen Störungen an den Nägeln.

Brissaud et Sicard: Pseudo-Sclérose en plaques juvénile par Tumeur Cérébrale.

Kasuistische Mitteilung. 12jähriges Kind mit langsam wachsendem Tumor

cerebri mit zerebellarer Lokalisation; das Krankheitsbild täuscht eine typische multiple Sklerose vor.

F. Raymond et P. Touchard: Méningite Hérédo-syphilitique à forme Tabétique.

Vortr. weist an einem Falle von hereditär syphilitischer Meningitis nach, mit welcher Vorsicht die Diagnose der juvenilen Tabes gestellt werden muß. Das Kind zeigt im wesentlichen folgende Symptome: Argyll-Robertson'sches Symptom, bilaterale papilläre Atrophie, Ausfall sämtlicher Sehnenreflexe, Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit. Die Atrophie der Sehnerven ist nicht tabischer Natur, sondern im Gefolge einer syphilitischen Chorio-Retinitis aufgetreten. Ebenso lassen sich auch die anderen Symptome im Sinne einer Lues cerebrospinalis hered. auffassen.

Es fehlen zwei der häufigsten für Tabes charakteristischen Symptome: Schmerzen und Blasenbeschwerden. Dagegen bestehen Kopfschmerzen und epileptiforme Anfälle. Herr Pierre Marie hält das Bestehen von juveniler Tabes überhaupt für sehr strittig.

H. Dejerine et André Thomas: Contribution à l'étude anatomopathologique de la Névrite Ascendante.

Azsendierende Neuritis, von einer Verletzung des linken Daumens ausgehend, bei einer tabischen Patientin: charakteristische Schmerzen, progressives Fortschreiten auf die peripheren Nerven, die Nervenstämme, den Plexus brachialis, Schmerzanfälle beim geringsten Druck auf die betroffenen Gegenden. Das Trauma, das die Neuritis hervorgerufen hat, hat in dem Bezirke des N. medianus stattgefunden: die am meisten betroffenen Fasern (palmare kollateralen des Daumens) sind am stärksten degeneriert; die Degeneration schreitet dann entlang dem N. medianus, bis hin in die VII. und VI. Zervikalwurzeln. Ebenso erklärt sich die Degeneration des N. cutaneus dorsalis des Radialis aus dem Betroffensein der dorsalen Kollateralen des Daumens. Die Degeneration beschränkte sich nicht auf den Daumen, hat sich vielmehr auch in transversaler Richtung auf die sensitiven Fasern der Hand ausgebreitet.

Es ist anzunehmen, daß nach Art des Tetanusgiftes eine infektiöse Noxe den azsendierenden Prozeß direkt hervorgerufen hat, daß nicht allein die von den palmaren Kollateralnerven des Daumens ausgehende Degeneration verantwortlich zu machen ist.

Die Frage, ob die azsendierende Neuritis fähig ist, das Ganglion intervertebrale zu überschreiten und in den hinteren Wurzeln und dem Rückenmark ihre Wirksamkeit zu entfalten, kann an diesem Falle wegen der parallel bestehenden Tabes nicht einwandfrei beantwortet werden. Die ausgesprochene Degeneration der VII. Zervikalwurzel unter dem Ganglion weist darauf hin, daß die Mehrzahl der sensiblen Fasern des N. medianus diese Wurzel durchlaufen.

Hr. Guillain tritt für die Anschauung ein, daß die Nerven Leitungswege für Mikroben und Toxine sind, sowie auch Wege für die Infektion des Zentralnervensystems.

Hr. Sicard tritt dieser Anschauung entgegen und weist auf den klinisch gänzlich verschiedenartigen Verlauf von azsendierender Neuritis einerseits und Tetanus usw. andererseits hin; er spricht von „Degenerationen im Gefolge von

ganglionären Reaktionen“, hervorgerufen durch Fernwirkung der lädierten Nerven auf die Ganglien.

Diskussion: Herr André Thomas, Herr Lévi, Herr Brissaud.

Hr. Néri: Troubles nerveux observés chez des survivants de la catastrophe de Messine.

Beobachtungen an ca. 2000 Patienten. Verwirrtheit verschwand nach den ersten Tagen, spätestens nach wenigen Wochen.

Die Hauptbeschwerden waren die der traumatischen Neurose, die nach einem Monat bei 10 %, nach drei Monaten bei 5 % beobachtet wurden (Pulsbeschleunigung, Dermographie, Tremor der Hände und der Augenlider, Schweiß, Schlaflosigkeit, intermittierendes Hitzegefühl an Gesicht und Händen, Palpitationen, Asthenopie, Schwindel). Psychisch: Depression, Energielosigkeit, große Mattigkeit. Keine Reflex- oder Sensibilitätsstörungen.

Klippel et Pierre Weil: De la flexion spontanée du Pouce par redressement provoqué des autres doigts chez les Hémiplegiques contracturés.

Wenn man bei einer hemiplegischen Kontraktur die halbflexierten Finger leicht streckt, beobachtet man eine Flexion des Daumens, der willkürlich unbeweglich ist. (Bei einem Normalen vollzieht sich entweder eine Externsionsbewegung oder keine Bewegung.) Das Phänomen verschwindet bei Ermüdung.

Klippel et Pierre Weil: Un cas de Rétraction du Testicule associé à la Contracture Hystérique du membre inférieur.

Kasuistische Mitteilung.

Brissaud, Bauer et Gy: Paralysie générale, Sclérose en plaques ou maladie de Parkinson?

Kasuistische Mitteilung; eine sichere Diagnose ist bei dem Kranken, der wechselnd das Bild der oben erwähnten Symptomenkomplexe zeigte, nicht zu stellen.

R. Cruchet: Des Myokymies et des Acaralgies éphémères.

Unter Myokomia versteht Votr. einen motorischen Komplex, der durch isolierte fibrilläre Zuckungen an einer umgrenzten Stelle der Hautoberfläche charakterisiert ist. Das Phänomen kann an jeder Stelle des Körpers auftreten, erscheint in Krisen von außerordentlich kurzer Dauer (5—45 Sekunden), im Beginn und Aufhören plötzlich, ist flüchtiger Natur und ohne Tendenz zu progressivem Fortschreiten.

Die gleiche Erscheinung sensibler Natur nennt Votr. Akaralgie (ἀκαρής = was nur einen Moment dauert): plötzlicher, wenige Sekunden dauernder Schmerz an irgend einer Körperstelle an der Oberfläche der Haut, begrenzt, durch Bewegungen oder Reibung unbeeinflussbar. Objektiv ist an der Stelle nicht das geringste nachweisbar.

Votr. erklärt diese Phänomene durch kleine Zirkulationsstörungen der die motorischen oder sensiblen Nervenenden versorgenden Gefäßchen.

Ballet: Fibrilläre Kontraktionen werden den Neurasthenikern selten bewußt und in der Erinnerung festgehalten.

Souques hat die beschriebenen Myokomien an sich selbst beobachtet, ebenso auch bei Hemiplegikern, häufig im Gebiete des Quadriceps femoris.

Henry Meige bestätigt das Vorkommen des Phänomens ebenfalls.

Léopold Lévi et H. de Rothschild: Corps thyroïde et Névralgies. Dysesthésies thyroïdiennes.

Vortragende kommen zu folgenden Resultaten: Soweit Kopfschmerz, Migräne, Gesichtsneuralgie von einer Erkrankung der Glandula thyreoidea abhängig sind, sind sie nosographische Repräsentanten einer Sensibilitätsstörung, die sich an eine Gleichgewichtsstörung der Schilddrüsenfunktion anschließt: es handelt sich um „thyroïde Dysästhesien“. Durch den therapeutischen Erfolg sowie durch die klinische Beobachtung sei ein regulierender Einfluß der Schilddrüse auf die elementare Funktion der Sensibilität erkennbar.

L. Alquier et Faure-Beaulieu: Action du Radium sur les tissus du Névrxax.

Das Radium, das in zu therapeutischen Zwecken verwandter Dosierung dem Schädel oder der Wirbelsäule appliziert wird, verursacht nur kleinste Hämorrhagien, ohne Schädigung der nervösen Elemente. Dieser Läsion entspricht kein klinisches Symptom.

Max Egger: Paralysie du mouvement volitionnel avec conservation du mouvement automatique.

Kasuistische Mitteilung.

Ettore Levi: Persistance du canal cranio-pharyngien dans deux crânes d'Acromégaliques; importance de ce nouveau fait pour la pathogénie de l'acromégalie et des syndromes analogues.

Wird an anderer Stelle referiert.

R. Hirschfeld (Berlin).

III. Bibliographie.

W. Cimbäl: Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten und krankheitsverdächtiger Zustände. Berlin, Julius Springer 1909.

Das neulich in zweiter Auflage erschienene kleine Buch von Raecke (Psychiatrische Diagnostik) hat in dem vorliegenden Taschenbuch einen Konkurrenten erhalten, der sich in mancher Beziehung von jenem unterscheidet. Einmal fehlt jeder spezielle Teil (Diagnostik der einzelnen Krankheiten), was wohl eher ein Vorzug als ein Nachteil ist. Ferner ist es mehr eindringlich didaktisch gehalten; so bringt es z. B. einen Abschnitt: Psychiatrische Gutachten-technik, schildert in gedrängter Kürze die wichtigsten körperlichen Untersuchungsmethoden (z. B. Urinuntersuchungen, Tuberkelbazillenfärbung usw.) Dies letztere ist überflüssig, ebenso die Erwähnung der Much-Hollmannschen Kobragift-

reaktion. Der Verfasser hat vor allem den Zweck im Auge, dem beamteten Ärzte eine brauchbare Anleitung zur raschen Untersuchung Nerven- und Geisteskranker zu geben. Dieser Zweck dürfte in der Hauptsache erreicht worden sein.

Gaupp.

F. Tucek: Psychopathologie und Pädagogik. Kassel, Hessische Schulbuchhandlung, 1910.

Ein im hessischen Volksschullehrerverein gehaltener Vortrag, der alle Vorzüge der Tucek'schen Darstellungskunst aufweist.

Gaupp.

P. Naecke: Die Gehirnoberfläche von Paralytischen. Ein Atlas von 49 Abbildungen. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1909.

Man kennt aus den sehr zahlreichen Aufsätzen Naecke's seine Ansicht, daß „das paralytische Gehirn zumeist ab ovo minderwertig, weniger resistent, mehr oder weniger invalide“ ist. Die „invalide angeborene Anlage des künftigen Paralytikers würde die *conditio sin qua non* sein, und zwar müßte sie eine spezifische sein, da von Syphilitischen eben nur sehr wenige paralytisch oder tabisch werden. Syphilis spielt demnach“, glaubt Naecke, „nur die Rolle einer Gelegenheitsursache, die auch einmal eine andere sein kann.“

Um eine weitere Stütze für diese Ansicht zu geben, hat Naecke nun einen Atlas zusammengestellt. Er will daran zeigen, daß gewisse Variationen an der Hirnoberfläche Paralytischer häufiger auftreten als bei seinem Vergleichsmaterial und daß gewisse andere Anomalien sich nur bei Paralytischen zeigten. [Über diese abweichenden Bildungen kann man sich an den großen Zeichnungen orientieren.] Aber auch an den 15 „Normalgehirnen“, die Naecke zum Vergleiche diente, fand er selbst anscheinend seltenere Bildungen in gleicher, sogar z. T. in höherer Zahl. Die Gehirne „weichen nämlich in ihrer Konstitution so sehr vom üblichen Normalschema ab und nähern sich so bedeutend dem bei Geisteskranken von mir Gesehenen, daß ich fast überzeugt bin, der Zufall habe mir hier einen schlimmen Streich gespielt“ (!).

Am Schlusse seiner Einleitung klagt Naecke, daß zwar jede Klinik und jedes große Laboratorium eine große Menge von Paralytikergehirnen habe, daß aber relativ wenige davon durchstudiert seien; „und wenn ja, dann handelt es sich meist nur um histologische Untersuchungen, nicht um rein morphologische“.

Wenn wir die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit den Resultaten der „nur histologischen“ Arbeiten Nißl's und Alzheimer's gegenüberstellen, will uns das „nur“ nicht ganz verständlich erscheinen.

Spielmeyer.

Wilbrand u. Sänger: Neurologie des Auges. Bd. IV, 1. Teil, J. F. Bergmann.

Die erste Hälfte des vierten Bandes der „Neurologie des Auges“ von Wilbrand und Sänger behandelt die „Pathologie der Netzhaut“. Es ist ein stattlicher Band von beinahe 500 Seiten, und es wird die überraschende Größe dieses Teiles des Werkes von den Verfassern dadurch erklärt, daß die Netzhaut in weit höherem Maße, wie bisher, auch von neurologischer Seite, als vorgeschobener Posten des Gehirnes Berücksichtigung verdiene, im Gegensatz zu früheren Abhandlungen, in denen nur immer die Veränderungen der Pupille in den Kreis neurologischer Betrachtungen gezogen wurde. Der neue Teil des

groß angelegten Werkes bietet denn eine Zusammenfassung der Pathologie der Netzhaut, wie sie bisher nicht existiert, und stellt für den Ophthalmologen sowohl wie für den Neurologen eine Fundgrube von wichtigen Beobachtungen dar. Teilweise sind die Erkrankungen der Netzhaut von neuen Gesichtspunkten betrachtet.

Die Krankheiten der Netzhaut werden getrennt in die Krankheitszustände vornehmlich der äußeren Schichten und in diejenigen der inneren Schichten, und es werden die differentialdiagnostischen Momente hervorgehoben, durch welche sich diese beiden Arten von Krankheitszuständen zu unterscheiden pflegen. Hierbei ist insbesondere auch Rücksicht genommen auf die verschiedenen Gesichtsfeldformen, deren Symptomatologie es gestattet, Gesichtsfelddefekte retinalen Ursprungs von denen der übrigen optischen Leitung zu unterscheiden. Es werden dabei ferner die Metamorphopsie, Mikropsie und Mikrographie als Erscheinungsformen retinaler Veränderungen, speziell der Macula lutea, behandelt. Eingehende Besprechung erfährt die Hemeralopie und im Anschluß an diese das typische Krankheitsbild der Pigmentatrophie der Retina (Retinitis pigmentosa) und ihrer Begleiterscheinungen (Taubstummheit, Schwerhörigkeit, Defekt der intellektuellen Fähigkeiten usw.). Auch die eigentlichen Chorioretinitiden mit ihrer verschiedenen Ätiologie werden berücksichtigt.

Bei den Erkrankungen der inneren Schichten der Retina wird der Pathologie des Gefäßapparates der Netzhaut eine überragende Rolle zugewiesen, und es werden denn die verschiedenen pathologischen Affektionen der Retinalgefäße eingehend geschildert, wie solche sind: die Neubildung von Netzhautgefäßen, Veränderungen der Farbe des Blutes, die Sichtbarkeit der Blutbewegung, die verschiedenen Pulsationserscheinungen, die Gefäßfüllung, der Verlauf der Gefäße, Veränderungen in der Wand der Gefäße, die verschiedenartigen Netzhautblutungen. Entsprechend der Wichtigkeit für die pathologischen Affektionen der Netzhaut und die Möglichkeit von Rückschlüssen auf das Gefäßsystem des Gehirnes erfährt die Arteriosklerose und Phlebosklerose der Netzhautgefäße und ihre Folgen (Verschlüsse der beiden Gefäßsysteme usw.) eine besonders eingehende Besprechung. Hierbei wird auch auf das Glaukom als einen Folgezustand der Gefäßsklerose am Auge eingegangen. In der Bezeichnung der verschiedenen „Retinitis“-formen (d. h. der inneren Netzhautschichten) als Angiopathien (albuminurica, diabetica, leukämica, syphilitica usw.) kennzeichnet sich ein sehr radikaler Standpunkt der Verfasser bei der Bewertung der Gefäßveränderungen für die Ätiologie der genannten Erkrankungen. Dann werden noch die Veränderungen der Papille bei Gefäßveränderungen der Netzhaut und des Sehnerven, und die primäre Degeneration der nervösen Elemente der Netzhaut abgehandelt. Und schließlich wird das erst in der letzten Zeit genauer studierte Krankheitsbild der amaurotischen Idiotie eingehender besprochen. — Eine reiche Fülle guter Abbildungen erleichtert das Verständnis. — So stellt sich denn der neue Band seinen Vorgängern würdig an die Seite und bildet eine wertvolle Bereicherung sowohl der neurologischen, als der ophthalmologischen Literatur.

Fleischer (Tübingen).

Arthur Delille: L'hypophyse et la médication hypophysaire. (Étude expérimentale et clinique): Thèse pour le doctorat en médecine. 336 Seiten, Paris, G. Steinheil, 1909.

Unter Anleitung und Mithilfe Rénon's beschäftigt sich Verf. seit einer Reihe von Jahren mit der Wirksamkeit organotherapeutischer Säfte; die vor-

liegende Studie, in der er sich bemüht, in das Chaos von Ansichten über die Funktion der Hypophyse Klarheit zu schaffen, ist das erste umfangreichere Ergebnis dieser Untersuchungen.

Im ersten Abschnitte beschäftigt sich Verf. mit der Morphologie, der Struktur und den Absonderungsprozeß der Hypophyse, sowie mit der chemischen Zusammensetzung derselben und der aus ihr gewonnenen Extrakte. Die Hypophyse besteht bekanntlich aus zwei, entwicklungsgeschichtlich ganz verschiedenen Teilen, einem Vorder- und einem Hinterlappen. Der histologischen Beschaffenheit nach muß der erstere die sekretorischen Elemente besitzen, während der letztere einer besonderen Funktion bar erscheint. Dagegen lehren Physiologie und Ovotherapie, daß die Extrakte aus dem Vorderlappen keine deutliche Wirkung erkennen lassen, daß aber die aus dem Hinterlappen gewonnenen Extrakte unstreitig von Wirksamkeit sind. Die sezernierten Stoffe haben eine in chemischer Hinsicht noch unbekannte Zusammensetzung.

Der zweite Abschnitt ist den experimentellen Untersuchungen gewidmet: über Giftigkeit der Hypophysisextrakte, die Wirksamkeit der Drüse und ihrer Extrakte auf Gefäße und Herz, Nieren, Muskelfasern, Ernährung, Wachstum usw. Verf. teilt in gewissenhafter Weise die Ergebnisse der Untersuchungen früherer Autoren mit und berichtet über seine eigenen Tierexperimente. Wir wollen uns damit begnügen, die Hauptresultate, zu denen Verfasser kommt, hervorzuheben.

Die Toxizität der Hypophysenextrakte ist sehr schwach; deutlicher ist ihre Wirksamkeit ausgeprägt für die Extrakte aus dem hinteren Lappen als für die aus der ganzen Drüse gewonnenen und gar erst als die aus dem vorderen Lappen. Gesamtextrakt und Hinterlappenextrakt rufen einen Anstieg des arteriellen Druckes, eine Zunahme der Amplitude der Herzschläge und eine Erschöpfung des Pulses hervor; besonders deutlich und anhaltend zeigt sich diese allgemeine Gefäßverengung an der Schilddrüse. Nebennierenextrakt ruft zwar ähnliche Erscheinungen wie Hypophysenextrakt hervor, indessen sind dieselben kräftiger, dafür aber von nicht so langer Dauer. Die Hypophysenextrakte führen in den Nieren zunächst eine kurze Vasokonstriktion, sodann aber eine deutliche Gefäßerweiterung und dementsprechend Polyurie herbei (mächtige Diurese). Sie üben ferner eine unleugbare Wirkung, ähnlich der des Nebennierenextraktes, auf die Muskelfasern aus. Sie scheinen den Stoffwechsel anzuregen, die Ausscheidung von Stickstoff, Phosphor, Kalzium usw. zu verändern; auch auf die Entwicklung und das Wachstum scheint ein Einfluß zu bestehen, jedoch erfordern die zuletzt angeführten Ergebnisse noch weitere Nachprüfung. Zu den Folgeerscheinungen der Einführung von Hypophysenextrakten gehören auch Hypersekretion der Hypophyse (schließlich aber Erschöpfung), Hypofunktion der Schilddrüse, Hypertrophie und Hyperplasie der Nebennieren, Kongestionen in der Leber, den Nieren, den Lungen; dagegen keine Veränderung in der Milz, in den Gefäßen (nur bei fortgesetzter Behandlung Herzhypertrophie) und in den Genitalien (Ergebnisse zwar widersprechend). — Die Intensität der Wirkung wechselt nach der Anwendungsweise; am stärksten wirkt intravenöse Injektion, am wenigsten Einführung per os. — Die antitoxische Wirkung der Hypophyse ist wahrscheinlich, aber noch nicht direkt bewiesen.

Hypophysäre Insuffizienz zeigt folgende Kennzeichen: Niedergeschlagenheit, Apathie, zunehmende Abnahme der motorischen Kraft, besonders in den hinteren

Gliedmaßen, Muskelzuckungen, Dyspnoe, Anorexie, Abmagerung, die progressiv zunimmt bis zur tödlichen Kachexie.

Der dritte Abschnitt ist den klinischen Beobachtungen gewidmet. Zunächst wird die Einwirkung von Hypophysenextrakt auf den gesunden Menschen besprochen, sodann auf den kranken Menschen bei den verschiedensten pathologischen Zuständen (Typhus, Diphtheritis, Erysipel, Pneumonie, Grippe, eitriger Pleuritis, Zerebrospinal-Meningitis, Puerperalinfektion, Tuberkulose, Herzleiden, Basedow — verschiedentlich mit auffälligem Erfolge, der aber nach Aussetzen der Behandlung wieder nachließ, angewendet vom Verfasser —, Nebenniereninsuffizienz, ovarialen Störungen, Akromegalie — ein Fall: nach jeder Darreichung Verschlimmerung der Erscheinungen; jedoch nach Darreichung von Schilddrüsen- und Eierstocksubstanz zusammen wirkliche Erleichterung —, Parkinson'scher Krankheit — in zwei Fällen günstiger Einfluß nicht zu leugnen —, Myasthenie und ähnlichem — mehrere Fälle mit günstigem Erfolg —, Wachstumsstörungen, Fettsucht, Neurasthenie, Epilepsie, Lypomanie und anderen psychischen Störungen). Weiter schildert Verf. das Verhalten der Hypophyse bei den verschiedensten physiologischen und pathologischen Zuständen (Schwangerschaft, Greisenalter, akuten und chronischen Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Krankheitszuständen, die auf einer Störung der inneren Sekretion beruhen, dystrophischen und Nervenkrankheiten). Schließlich zieht er die Bilanz aus den Ergebnissen des tierischen Experimentes, der pathologischen Anatomie, der klinischen Beobachtungen und der Opothérapie und läßt im Zusammenhange noch einmal unseren derzeitigen Standpunkt von der normalen Funktion der Hypophyse, sowie der Hyper-, Hypo- und Dysfunktion dieser Drüse Revue passieren.

Hypophysisextrakt in therapeutischer Verwendung ruft folgende Erscheinungen hervor: Erhöhung des arteriellen Druckes, Erschlaffung des Pulses, Vermehrung der Diurese, Unterdrückung unangenehmen Hitzegefühls und profuser Schweiß, Besserung des Appetites und des Schlafes, Verschwinden der Asthenie, Milderung gewisser psychischer Störungen, deutlichen Einfluß auf die Ernährung im besonderen auf die Entwicklung der Knochen und Muskeln und wahrscheinlich auch eine antitoxische Wirkung. — Anzeichen von Hyperfunktion der Hypophyse sind: Hypertension, Polyurie, Glykosurie, Ernährungsstörungen (Abmagerung, oft Obesitas durch indirekte Wirkung usw.), normale Zahl der roten Blutkörperchen oder größere als in der Norm, hypertrophische Prozesse der Entwicklung (Gigantismus, Akromegalie) psychische Störungen, Somnolenz, fast konstant geschlechtliche Insuffizienz, häufig Hypothyroidie, besondere Anzeichen intrakraniellen Druckes bei vorhandenem Hypophysentumor. — Anzeichen einer hypophysären Insuffizienz oder einer Dysfunktion: Hypotension, Tachykardie, unangenehmes Hitzegefühl, profuse Schweiß, Oligurie, Anorexie, Asthenie, Ernährungsstörungen (Abmagerung, Obesitas in gewissen Fällen, verschiedene trophische Störungen usw.), psychische Störungen, Schlaflosigkeit, Wachstumsstörungen (physisches und psychisches Zurückbleiben), Abnahme des Widerstandes gegenüber Intoxikationen (?), besondere Erscheinungen intrakraniellen Druckes bei Anwesenheit eines Hypophysistumors.

Wie man sieht, ist die Funktion der Hypophyse trotz der vorliegenden, recht gewissenhaften Studie Delille's noch keineswegs klar. Wie Verf. auch betont, dürfte die Funktion noch verschiedener anderer Drüsen bei den erhaltenen Resultaten mitsprechen.

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

14

Im vierten Kapitel werden die Indikationen für eine Hypophysenextrakt-Therapie gegeben. Dieselbe wird überall dort angezeigt sein, wo die oben angeführten Erscheinungen vorliegen, die auf eine verminderte Hypophysisfunktion hinweisen. Als Präparat empfiehlt sich die ganze Drüse; die tägliche Dosis darf, besondere Fälle ausgenommen, nicht mehr betragen, als einer halben frischen Rindsdrüse entspricht. Beobachtung des Kranken ist während der Kur erforderlich.

Dem ausgezeichneten Werke ist eine eingehende Literaturzusammenstellung beigegeben.
Buschan (Stettin).

Pierre Masson: Les névromes ganglionnaires du grand sympathique. 72 Seiten. Thèse pour le doctorat en médecine Paris, G. Steinheil, 1909.

Neurome des Sympathikus sind eine wenig bekannte und seltene Erscheinung. Verf. vermochte aus der Literatur im ganzen nur 22 Fälle zusammenzutragen, dazu eine eigene Beobachtung (mit Sektionsbefund und Abbildungen) und drei Fälle von Neurom der Nebennieren. Alle diese Fälle werden ausführlich wiedergegeben.

Im zweiten Abschnitte bespricht Verf. sodann die Ätiologie, die klinischen Erscheinungen, die pathologische Anatomie, Prognose und Therapie. Es werden von Sympathikus-Neuromen vorwiegend jüngere Individuen befallen, besonders des weiblichen Geschlechtes. Struktur derselben und Schnelligkeit ihres Wachstums gehen einander parallel. Neurome mit langsamer Entwicklung erinnern in ihrem Aussehen an Sympathikusganglien mit Persistenz von zahlreichen Proliferationsnestern und zerstreuter Degeneration der ganglionären Zellen. Dies sind benigne Tumoren. — Bei den Neuromen mit rapidem Wachstum herrscht das zelluläre Element über das fibrinöse vor mit progressiven Verschwinden der nervösen Charaktere der Zellen, die allmählich den indifferenten epithelialen Typus annehmen. Sie geben zu Metastasen Anlaß, sind maligner Natur. Die gutartigen Neurome können sich in bösartige umwandeln.

Klinisch zeigen die Neurome des Sympathikus die Erscheinungen von Tumoren, die nach ihrer Lokalisation variieren. Oft rufen sie keine Störungen hervor, und man findet sie entweder gelegentlich einer Untersuchung wegen einer anderen Krankheit oder bei der Sektion. Es gibt kein bestimmtes Anzeichen, das sie mit Sicherheit von anderen Tumoren (zervikalen, retroperitonealen oder subkutanen) zu differenzieren ermöglicht. Ein Eingriff erscheint angezeigt bei 1. Kompressionserscheinungen von seiten des Tumors, 2. bei vorliegender Möglichkeit eines Überganges in die maligne Form. — Die Exeräse ist schwierig 1. wegen des oft enormen Volumens des Tumors, 2. wegen seiner Gefäßverbindungen. Die Zerstückelung des Tumors ist niemals von Hämorrhagien bei der benignen Form, wo sie versucht worden ist, begleitet gewesen. In einem Fall hat man Resektion der Aorta mit darauffolgender Naht versucht, und zwar mit einem Erfolge, der zur Wiederholung dieses Vorgehens ermutigt.

Buschan (Stettin).

Fernand Lévi et A. Baudouin: Les névralgies et leur traitement. 96 Seiten mit 6 Fig. Paris, Librairie J. B. Baillière et fils, 1909. (Preis karton. Fr. 1,50.)

Eine zwar kurzgefaßte, aber immerhin doch erschöpfende Darstellung der zeitgemäßen Behandlung der Neuralgien, welcher die beiden Verfasser, frühere Internen der Krankenhäuser zu Paris, ein Kapitel über die Ätiologie der Neur-

algien, soweit sie für die Therapie in Betracht kommt, vorausschicken. Das zweite Kapitel bringt eine Betrachtung der symptomatischen Behandlung. Es wird eine interne, externe (mittels Revulsion, Massage und Elektrizität), chirurgische (subkutane oder submuköse, tiefe Injektion und eigentlicher operativer Eingriff) sowie eine hydromineralische Methode unterschieden. In dem zweiten Hauptabschnitte beschäftigen sich die Verf. sodann mit den einzelnen Formen der Neuralgien im besonderen, und zwar mit der Gesichtsneuralgie, der Ischias, den Neuralgien des Plexus brachialis, den interkostalen Neuralgien, denen des Plexus lumbalis und schließlich des Sympathikus; zu letzterem rechnen sie die Migräne, die Angina pectoris, die Neuralgie des Plexus solaris und des Plexus hypogastricus. Den Löwenanteil hat natürlich die Behandlung der Gesichtsneuralgie und der Ischias davongetragen. Im einzelnen hätte ich folgendes dazu zu bemerken. Die Hydrotherapie spielt bei den Verfassern leider nur eine fast untergeordnete Rolle, sie erwähnen sie nur ganz nebenbei. Die elektrische Bestrahlung kennen sie gar nicht, ebenso wenig die Behandlung mittels ganz schwacher galvanischer Ströme. Bei der chirurgischen Behandlung der Trigeminusneuralgie vermisste ich ferner das Verschließen der Kanäle mittels metallener Nägel. Eine ausführliche Beschreibung, und dies mit Recht, nimmt die tiefe Injektion von Alkohol (Schlösser'sche Methode) bei der Neuralgiebehandlung ein; die Technik wird in der minutiösesten Weise beschrieben. Die Verfasser haben damit 104 Fälle von Trigeminusneuralgie behandelt und eigentlich nur sieben Mißerfolge dabei zu verzeichnen gehabt; sie wollen damit nicht behaupten, daß ihre übrigen Kranken nun wirklich geheilt worden sind, aber die Erleichterungen waren doch stets so hochgradige, daß diese sich selbst für geheilt betrachteten; wo nach Monaten oder nach Jahren ein Rezidiv sich einstellte, konnte es durch eine erneute Injektion sofort wieder beseitigt werden. Unangenehme Erscheinungen erlebten die Verfasser nicht. Die Furcht, daß Alkohol in die Blutbahn gelangen und hier schädlich wirken könnte, halten sie für unbegründet; den Erfahrungen nach, die sie bei ihren Tierexperimenten erlangten, rief 1 ccm absoluten Alkohols auf 1 kg Körpergewicht (also eine sehr hohe Dosis) nur leichte, vorübergehende Trunkenheit bei den Versuchstieren hervor. — Bei Ischias empfehlen sie gelegentlichst die Nerveninjektionen von künstlichem Serum mit Stovain oder Kokain (0,04 : 100) in Mengen von nur 40—60 ccm.

Abgesehen von den kleinen angeführten Mängeln, die bei einer zweiten Auflage zu verbessern wären, ist das Büchlein besonders den Nervenärzten auch zu empfehlen.

Buschan (Stettin).

Marcel Astraud: Petits et grands accidents nerveux de la Maladie de Recklinghausen. 88 Seiten. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, G. Steinheil, 1909.

Bei der großen Seltenheit der allgemeinen Neuromatose, der sogenannten Recklinghausen'schen Krankheit dürfte jeder Beitrag willkommen sein. Die vorliegende Abhandlung beschäftigt sich mit nervösen Erscheinungen, welche gelegentlich dieses Leiden begleiten. Es sind dieses Störungen der Sensibilität (Hyper- und Parästhesien, Dissoziationsstörungen, Störungen des Geruchs, des Geschmackes und Sehstörungen), trophische Störungen (der Haut, der Knochen und der Muskeln) des sympathischen Nervensystems (heftige epigastrische Schmerzen, fast unstillbares Erbrechen, asthmatische Beschwerden, Angstanfälle,

14*

Palpitationen), motorische Störungen (Paraplegie, Hemiplegie, Syringomyelie, amyotrophische Lateralsklerose, Paramyoclonus multiplex), konvulsive Erscheinungen (epileptiforme Anfälle, wirkliche epileptische Krämpfe, Jackson'sche Epilepsie), sowie Migräne und Schwindelanfälle und schließlich psychische Störungen (besondere Zustände von Apathie und Asthenie, Amnesie usw., zahlreiche Psychosen). Zwei eigene Beobachtungen und 24 weitere aus der neueren, zumeist französischen Literatur werden in ihren Krankengeschichten angeführt, ebenso die einschlägige Literatur seit dem Jahre 1899. Buschan (Stettin).

Franz Windscheld (Leipzig): Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. 2., völlig umgearbeitete Auflage. 68 Seiten. Halle a./S., Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, 1909.

Eine gute Zusammenstellung der vielen Ursachen des Kopfschmerzes, bzw. der Krankheiten (nicht nur des Nervensystems, sondern auch der Sinnesorgane, des Verdauungstraktes, der Nieren, der Infektionskrankheiten usw.), im Verlaufe derer sich Kopfschmerz zeigt, sowie der daraus sich ergebenden Heilmethoden. Wenngleich das Schriftchen für den Nervenarzt nichts Neues bringt, so wird er es doch zur Auffrischung seiner Kenntnisse mit Vergnügen lesen. Den Theorien von Cornelius (Nervenzentren) und Peritz (Myalgien) steht Verfasser sehr skeptisch gegenüber, da er sich an seinem gewiß umfangreichen privaten und poliklinischen Material von der Realität dieser Erscheinungen nicht überzeugen konnte. Sehr richtig warnt er davor, „daß wir uns nicht auf den Standpunkt der Masseure stellen, die auch überall ‚Knötchen‘ finden, durch deren Fortmassierung sie den Kranken heilen“. Die Auffindung der Nervenknotten durch Cornelius hält er für Autosuggestion. Buschan (Stettin).

Erich Arndt: Alkohol und Nervenkrankheiten. Sonderabdruck aus „Der Alkoholismus, seine Wirkungen und seine Bekämpfung“, Bd. VI, 1909. Eine gute gemeinverständliche Schilderung in Gestalt eines Vortrages. Gaupp.

A. Forel: Ethische und rechtliche Konflikte im Sexualleben. E. Reinhardt's Verlag, München, 1909.

Forel teilt Erfahrungen seiner Praxis in Form kasuistischer Schilderungen mit. Sie sollen in ihrer Gesamtheit bilden „eine auf Aktenmaterial gegründete Anklage gegen die Heuchelei, die innere Unwahrheit und die Grausamkeit unserer heute noch herrschenden Moral und unseres heute noch fortvegetierenden Rechtes in Dingen des Sexuallebens“. Gaupp.

G. Voß: Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Achte Folge. (Jahrgang 1908.) Halle, C. Marhold, 1909.

Eine Zusammenstellung, wie sie seit acht Jahren zuerst von E. Schultze, später von Voß in verdienstlicher Weise jährlich gemacht wurde. Gaupp.

Carl Bruck (Breslau): Die Serodiagnose der Syphilis. Berlin, Springer, 1909. VIII und 166 Seiten. M. 4.80.

Es ist zu begrüßen, daß Bruck seine bereits zuvor als Habilitationsschrift gedruckte Arbeit nunmehr einem größeren Leserkreise zugänglich macht.

Das Buch bietet eine sorgfältige Übersicht über die zahlreichen zum Teil gelösten, zum Teil noch der Lösung harrenden Fragen, die sich an das Wesen der Wassermann'schen Reaktion, an ihre biologische und klinische Spezifität knüpfen. Die in der Breslauer Klinik übliche Technik der Reaktion wird eingehend vorgeführt und die Beziehungen der W. R. zur antisypilitischen Therapie werden besonders ausführlich erörtert.

In den Ausführungen über die klinische Verwendung der Reaktion nimmt naturgemäß die dermatologische Syphilis den breitesten Raum ein, es wird aber auch ihre Bedeutung für die anderen medizinischen Disziplinen in Form eines Sammelreferats besprochen. Nur Psychiatrie und Neurologie werden nicht abgehandelt, was Bruck im Hinblick auf die kurz zuvor erschienene Monographie des Ref. unterlassen hat.

Aus dem reichen Inhalt des Werkes sei einiges hervorgehoben.

Bruck betont, er habe sich von der Auffassung, daß es sich bei der Reaktion trotz allem, was dagegen geltend gemacht wurde, um einen Immunitätsvorgang handelt, nie ganz freimachen können. Er präzisiert dann seinen Standpunkt, der eine Verkupplung der Weil-Braun'schen und Wassermann'schen Auffassung versucht, und dahin geht, daß die Reaktion auf einer Komplementverankerung beruhe, die beim Zusammentritt von Antikörpern gegenüber Eiweißlipoidverbindungen und von Antikörpern gegenüber spezifisch syphilitischen Stoffen mit Luesorganextrakten erfolge.

Mit Recht werden alle Ersatzpräparate dem luetischen Leberextrakt gegenüber als minderwertig bezeichnet, dagegen alkoholische Extrakte luetischer Organe für gleichwirksam wie wässrige erklärt.

Von den verschiedenen Modifikationen der ursprünglichen Versuchsanordnung wird nur die in Breslau eingeführte Stern'sche als brauchbar anerkannt. (Die Stern'sche Modifikation kommt für psychiatrische und neurologische Fälle nicht in Betracht, da mit ihr nur die Untersuchung des Serums, aber nicht die der Spinalflüssigkeit möglich ist. D. Ref.)

Die klinische Spezifität der Reaktion ist sicher erwiesen; nur bei Frambösie, Trypanosomenerkrankungen, Lepra (besonders der tuberösen Form) und als ganz vorübergehendes Phänomen bei Scharlach kann das Serum ein ähnliches Verhalten zeigen wie bei der Syphilis. Ein Überblick über die Literatur bringt die Resultate der Untersuchungen von 14529 Fällen; davon waren 5028 Kontrolluntersuchungen, von denen nur 59 positiv ausfielen. Bruck nimmt wohl mit Recht an, daß auch diese kleine Gruppe positiv reagierender „Normalsera“ von Luetikern stamme, die die Infektion nicht bemerkt hätten.

Bruck vertritt die Neißer'sche Auffassung, eine positive Reaktion beweise, daß die Krankheit noch nicht geheilt oder wenigstens, daß noch irgendwo im Körper Virus vorhanden sei; alle Gründe, die für und wider diese Annahme sprechen, werden genau erörtert.

Der Einfluß der antisypilitischen Therapie auf die Reaktion ist über allen Zweifel sichergestellt. Diese zuerst von Citron erkannte Tatsache wird durch die ausgedehnten Untersuchungen der Breslauer Klinik aufs Neue dargetan. Bemerkenswert ist, daß in den Spätstadien der Syphilis, besonders in der Spätlatenz, es weit seltener als in den Frühstadien gelingt, die Reaktion zum Verschwinden zu bringen, fernerhin daß bei der kongenitalen Syphilis das Hg keine Einwirkung auf die Reaktion erkennen läßt.

Das Colle'sche und das Profeta'sche Gesetz wird durch die Ergebnisse der Serodagnostik als widerlegt erklärt. Sowohl die scheinbar immunen Mütter (vom Vater her) syphilitischer Kinder als die scheinbar immunen Kinder luetischer Eltern sind syphilitisch.

In einem Anhang werden die Fällungsmethoden (Porges-Meier, Fornet und Schereschewsky, Klaufner) und die Schürmann'sche Farbenreaktion beschrieben und die ihnen allen mangelnde Spezifität für Syphilis betont.

Ein sehr ausführliches, bis zum September 1909 reichendes Literaturverzeichnis, worin über den Inhalt der neuesten, nicht mehr berücksichtigten Arbeiten kurz referiert wird, bildet den Abschluß. Plaut.

W. Alexander u. K. Kroner: Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. Mit einem Vorworte von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider. Mit 6 Abbildungen im Text. 164 Seiten. Berlin, Fischer's Mediz. Buchhandlung H. Kornfeld, 1910 (Preis gebunden und mit Papier durchschossen M. 3,50. 8°).

Es war ein guter Gedanke der beiden Verfasser, die Behandlung der Nervenkrankheiten dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft entsprechend zu behandeln, und zwar ausführlicher als die Lehrbücher es zu tun pflegen. In geschickter und klarer Darstellung werden die verschiedenen Behandlungsmethoden dem Leser vorgeführt, wobei u. a. den in Betracht kommenden Bezugsquellen der Apparate sowie ihrem Preis, der genauen Handhabung derselben, der Technik der physikalischen Heilmethoden usw. Rechnung getragen wird. Der Schwerpunkt liegt entsprechend der modernen Richtung auf der nicht-medikamentösen Behandlung, womit nicht gesagt sein soll, daß die Behandlung mittels Medikamente etwa vernachlässigt worden wäre, sie ist nur entsprechend der relativen Ohnmacht dieser Methode eingeschränkt worden.

Bei der Anordnung des Stoffes, der nach Stichwörtern (den einzelnen Krankheiten) behandelt wird, ist allerdings keine innerlich begründete Reihenfolge innegehalten worden, indessen hilft über diesen kleinen Übelstand ein ausführliches alphabetisches Register hinweg.

Wir stimmen hinsichtlich des Standpunktes, den die Verfasser bei der Behandlung der einzelnen Krankheiten, bzw. Symptome vertreten, voll und ganz mit ihnen überein und denken, daß auch die Fachgenossen aus dem Büchlein Freude und Nutzen ziehen werden. Buschan (Stettin).

H. Boruttau, L. Mann, M. Levy-Dorn, P. Krause: Handbuch der gesamten medizinischen Anwendung der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre. Leipzig, Dr. Werner Klinkhardt, 1909. Bd. I.

Die vier auf dem Gebiete der Elektrologie und Röntgenologie bekannten Verfasser haben es im Verein mit zahlreichen anderen Gelehrten unternommen, in einem großen Handbuch die gesamte Elektrizitätslehre, soweit sie für den Mediziner von Interesse ist, ausführlich zur Darstellung zu bringen. Von diesem großen Werke liegt der erste Band vor. Die Ausstattung ist eine treffliche, zahlreiche Abbildungen sind beigegeben. H. Starke behandelt zunächst die Grundlagen aus der physikalischen Elektrizitätslehre (Elektrostatik, Magnetismus, Elektromagnetismus, Elektrolyse, Thermoelektrizität, elektrische Messungen, elektromagnetische Induktion, Wechselströme, elektrische Schwingungen und

elektrische Wellen, die elektrischen Entladungen in Gasen). G. Bredig gibt im zweiten Abschnitt die physikalische Chemie in ihren Beziehungen zur Elektromedizin (Theorie der Lösungen und der Ionen, elektrolytische Leitung, elektromotorische Kräfte und elektrolytische Zersetzung, elektrische Endosmose und Kataphorese, die Kolloide, kapillarelektrische Erscheinungen, pulsierende chemische Katalyse und begleitende elektrische Erscheinungen, Wirkung stiller Entladungen). W. Nernst erläutert die physikalisch-chemische Theorie der elektrischen Nervenreizung. H. Boruttau bringt im vierten Abschnitt eine Schilderung der allgemeinen medizinischen Elektrotechnik und im fünften Abschnitt einen Überblick über die Elektrophysiologie (die bioelektrischen Erscheinungen, die physiologischen Wirkungen der Elektrizität). Die Elektropathologie wird in zwei Teilen behandelt: H. Boruttau beschreibt die Veränderungen der bioelektrischen Erscheinungen unter pathologischen Verhältnissen und die Wirkungen elektrischer Reize unter pathologischen Verhältnissen (Entartungsreaktion usw.), F. Batteli stellt die Schädigungen durch Elektrizität dar (Kondensatorenentladung, Blitzschlag, Elektroktion).

Der zweite Band wird die spezielle medizinische Elektrotechnik bringen, der dritte sich mit der diagnostischen und therapeutischen Verwendung der Röntgenstrahlen und der Radiumstrahlen befassen. Ihr Erscheinen ist schon für die nächste Zeit zugesagt.

Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

Organische Erkrankungen des Nervensystems.

J. E. Dale (Fort Collins, Color.): Brain tumor with unusual symptoms. (Medical Record, 1909, Bd. LXXVI, Nr. 6.)

Der 16 jährige junge Mann, der aus gesunder Familie stammte und selbst bis dahin gesund gewesen war, erkrankte an Erscheinungen einer akuten Indigestion (wiederholtes Erbrechen). Die Untersuchung ergab damals einen negativen Befund; im besonderen normales Verhalten des Pulses, indessen subnormale Temperatur (97° F.). Nach zwei Monaten trat ein zweiter ähnlicher Anfall ein, der aber heftiger war. Während der ganzen dazwischenliegenden Zeit war der Stuhlgang etwas angehalten gewesen; abgesehen von der stets subnormalen Körpertemperatur war nie etwas Krankhaftes festzustellen gewesen. Im besonderen klagte der Kranke niemals über Kopfschmerzen; diese wurden auch späterhin niemals beobachtet. Einige Wochen später stellten sich Atembeschwerden ein, ohne daß eine Ursache für diese aufgefunden werden konnte; Lunge und Herz waren gesund. Zwei Tage darauf ergab die Untersuchung das gleiche objektiv normale Verhalten, obwohl die Atembeschwerden sich gesteigert hatten. Temperatur 97° F., Puls 78, Atem 20 Züge. Pupillen prompt auf Lichteinfall reagierend. Keine Kopfschmerzen. Am Nachmittag wurde der Kranke bewußtlos. Das linke Auge wurde geschlossen gehalten, seine Pupille war zu-

sammengezogen, das rechte offen, seine Pupille erweitert. Der Mund war nach links verzogen. Die Zyanose nahm deutlich zu. Abgesehen von leichten Zuckungen in der linken Gesichtshälfte waren keine Motilitätsstörungen vorhanden. Puls normal bis auf wenige Minuten vor dem Tode, der eine Stunde nach dem ersten Auftreten der paralytischen Erscheinungen sich einstellte. — Die Sektion ergab einen etwa einen Zentimeter im Durchmesser betragenden, leicht gestielten Tumor am Dach des vierten Ventrikels; die mikroskopische Untersuchung ergab ein Endotheliom.

Buschan (Stettin).

Harrinhausen: Über Dermoide im Wirbelkanal neben Verdoppelung des Rückenmarks.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI.)

Mitteilung eines Falles von Verdoppelung des Rückenmarks, wobei zugleich ein Dermoidtumor des untersten Lendenmarkes vorlag. Derselbe blieb bis zum 17. Jahre symptomlos und fing erst nach einem Trauma an Erscheinungen zu machen.

Kalberlah.

Eichhorst (Zürich): Über anatomische Magenveränderungen bei gastrischen Krisen der Tabiker.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 37.)

Eichhorst hat an seinem umfangreichen Material verhältnismäßig häufig Gelegenheit, gastrische Krisen zu beobachten (in 36%, während z. B. Bernhard-Berlin nur 5,2% verzeichnet). Er unterscheidet eine rein neuralgische Form, eine hypermotorische mit Erbrechen ohne Übelkeit und Schmerzen und eine sekretorische, bei der dünne wässrige Massen, meist mit geringem HCl-Gehalt, erbrochen werden. Die Untersuchungen über anatomische Veränderungen bei gastrischen Krisen sind außerordentlich spärlich. E. konnte sie in zwei Fällen studieren, die jahrelang in seiner Klinik behandelt wurden. In einem Fall war die Magenwand weder makroskopisch, noch histologisch verändert, im anderen aber fand sich Atrophie der Magenwand, insbesondere des Drüsenapparates, und diffuse Rundzellen-Infiltration. Die Frage, ob es sich bei diesen Veränderungen um einen der Tabes spezifischen Prozeß oder eine Folge der allgemeinen Schwäche handelt, muß vorläufig offen bleiben.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Knöpfelmacher (Wien): Experimentelle Übertragung der Poliomyelitis anterior acuta auf Affen.

(Mediz. Klinik, 1909, Nr. 44.)

Die Kinderlähmung hat in den letzten Jahren ein großes Interesse gewonnen, einmal durch ihr epidemisches Auftreten (z. B. in Schweden 1905, neuerdings in Rheinland-Westfalen. — Ref.), andererseits durch ihre Äußerung in schwerer, das ganze motorische System in Mitleidenschaft ziehender, oft letaler Form.

Trotz vielfacher Versuche ist die Auffindung des Erregers noch nicht gelungen, die Übertragung auf einen Affen erzielten zuerst 1908 Landsteiner und Popper in Wien. K. hatte nun den gleichen Erfolg. Er benutzte Material von einem innerhalb fünf Tagen seit Erkrankung gestorbenen Kinde mit dem Bilde der Landry'schen Paralyse, von dem er eine detaillierte Krankengeschichte und makroskopischen und biologischen Sektionsbefund gibt. Die gesamte graue

Substanz, Vorderhörner stärker als Hinterhörner, zeigten diffuse Infiltrationen mit Lymphozyten und polynukleären Leukozyten, Hyperämie und Hämorrhagien, Verfall der Ganglienzellen. Aus dem stark befallenen Halsmark wurde nun eine Verreibung in steriler Kochsalzlösung einem *Macacus Rhesus* intraperitoneal injiziert. Nach acht Tagen Zeichen von Krankheit, Fieber, Mattigkeit, schließlich Lähmung der Unterextremitäten. Dann wurde das Tier getötet. Makroskopische und mikroskopische Veränderungen des Rückenmarks, die sich mit denjenigen bei dem als Ausgangspunkt dienenden Kinde deckten. Weitere Übertragung von dem erkrankten Affen auf einen zweiten gelang nicht.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Kalligaris (Rom): Die segmentäre Abgrenzung der Anästhesie.

(Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., Bd. XXV, S. 477.)

K. glaubt durch eingehende Sensibilitätsuntersuchungen an Normalen nachgewiesen zu haben, daß bei ihnen die Hautoberfläche von hyperästhetischen Linien, untereinander mehr als 1 cm entfernt, in der Quer- und Längsrichtung durchzogen werde. Mit solchen Querlinien sollen dann regelmäßig die Grenzen segmentärer Sensibilitätsstörung, bei Hysterie und Syringomyelie, zusammenfallen.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Karl Petrén: Klinische Beiträge zur Kenntnis der Syringomyelie und Hämatomyelie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI.)

Ausführliche Mitteilung von drei entsprechenden Fällen.

1. Syringomyelie von rein spastischem Typus mit fast ausschließlich unilateralen Symptomen und einem Verlauf von wenigstens 34 Jahren.

2. Ein Fall von Syringomyelie, bei dem der Verlauf (Besserung nach anti-syphilitischer Behandlung) einen ursächlichen Zusammenhang mit Lues vermuten läßt.

3. Symptomenkomplex, der an das Bild einer Syringomyelie erinnerte, aber wohl als Hämatomyelie zu deuten ist, entstand nach einmaliger, sehr starker, unblutiger Dehnung des rechten Nervus ischiadicus zum Zwecke der Heilung einer Ischias (wahrscheinlich Zerreißung von Wurzeln).

Kalberlah (Frankfurt).

Resnikow und Josefovitsch: Ein Fall von Hämatomyelie mit einer traumatischen Neurose kompliziert. (Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Sensibilitätsleitung im Rückenmark.)

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI.)

Bei einem 55 Jahre alten Bauer wurden nach einem Schlag mit der Heugabel auf den Kopf und die linke Seite des Halses sofort folgende Störungen beobachtet:

Über der linken Körperseite bis etwa zur Mitte des Halses Herabsetzung des Muskelsinnes, des Lagegefühls der Glieder, des Tastsinnes, des Raumsinnes, der Vibrationsempfindung, Verlust des stereognostischen Vermögens, völliges Erhaltensein von Berührungsempfindlichkeit und Lokalisationsvermögen und leichte Überempfindlichkeit gegen Schmerz und Temperatur, rechtsseitige stark ausgeprägte Termoanästhesie, linksseitige Hemiparese, linksseitige Steigerung der Sehnen, Knochen und Periostreflexe, Steigerung der mechanischen Muskeleerreg-

barkeit, linksseitige Rigidität der Glieder, linksseitige Verengerung der Pupille und Lidspalte, Enophthalmie und Rötung der linken Ohrmuschel, beiderseitige konzentrische Verengerung des Gesichtsfeldes, beiderseitige Gehörsherabsetzung, Herabsetzung des Gaumenwürgreflexes und stark depressive, hypochondrische Verstimmung.

Aus dem Befund ergibt sich, daß eine Blutung im Gebiete der Halsintumeszenz den größten Teil des Querschnitts der linken Hälfte des Rückenmarkes infiltriert haben muß und sich wahrscheinlich weiter nach oben in Form eines schmalen Streifens im Gowers'schen Bündel und in den zwei oberen Halssegmenten in der Gegend der Substantia gelatinosa und deren nächster Umgebung fortsetzte.

Kalberlah.

Arthur v. Sarbò: Zwei Fälle von Landry'scher Paralyse.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 1010—1018.)

Der erste Fall, in dem eine absteigende motorische Lähmung vorlag, betraf einen zwölfjährigen Knaben, der seit fünf Jahren infolge von Influenza an Mittelohrentzündung mit zeitweisem Ohrfluß gelitten und aus voller Gesundheit heraus plötzlich an einer Lähmung des weichen Gaumens, der Gaumen- und Schlingmuskulatur erkrankte, dazu gesellte sich in rascher Folge eine Lähmung des rechten Fazialis, dann des linken, eine schlaffe Lähmung der Halsmuskeln, der Oberarm- und Brustmuskulatur; Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden. Nachdem am zweiten Tage noch Schwinden bzw. Abschwächung der unteren Sehnenphänomene eingetreten war, erfolgte durch Lähmung der Atemmuskulatur der Tod.

Der zweite Fall betrifft eine jung verheiratete Neunzehnjährige, die in der letzten Zeit an einer Eiterung am Zahnfleisch gelitten hatte und nach einer starken psychischen Aufregung an Paresthesien und Schwäche in den Füßen erkrankte. Die ursprüngliche Vermutung, daß es sich um eine hysterische Lähmung handelte, erwies sich als irrig, da der Patellar- und Achillesreflex fehlte; auch die durch eine Schmerzhaftigkeit im Rückenwirbel hervorgerufene Annahme, daß es sich um Wirbelkaries handeln könnte, mußte fallen gelassen werden, als in rascher Folge die Lähmung nach oben fortschritt, Rumpfmuskel, Arme, die Faziales und den weichen Gaumen ergriff. Vom zehnten Tage ab trat Rückbildung der Lähmungen ein, beginnend in den zuletzt ergriffenen Muskeln, aber es entwickelte sich in ihnen Atrophie und Entartungsreaktion, ohne daß fibrilläres Zucken und Sensibilitätsstörungen sich zeigten. Auch diese Erscheinungen gingen zurück und waren in der 14. Woche verschwunden; nur die Sehnenreflexe fehlten noch.

Das häufige Fehlen von Muskelatrophie und Entartungsreaktion bei Landry'scher Paralyse ist nach S. durch den meist foudroyanten Verlauf zu erklären, nur bei langsam verlaufenden und in Heilung übergehenden Fällen bilden sich gewöhnlich diese Erscheinungen erst aus. Das Schwinden der Sehnenreflexe, das im ersten Falle noch vor der Lähmung vorhanden war, hält S. für ein charakteristisches Symptom. Was die Natur der Erkrankung anlangt, so handelt es sich nach S., wie er näher begründet, um eine (toxische) Erkrankung der Vorderhörner. Doch spricht noch hier das klinische Bild, daß diese von der gewöhnlichen Poliomyelitis verschieden ist. In dem zweiten zur Heilung führenden Falle hat S. die von Sorgenfrey empfohlenen Einspritzungen gemacht, ob diese den günstigen Erfolg herbeiführten, läßt S. dahingestellt.

Hoppe (Königsberg).

Lasarew (Kiew): Erkrankung des N. ulnaris nach Typhus abdominalis.
(Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurol., Bd. XXV, S. 327.)

L. gibt eine Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten einschlägigen Fälle und fügt fünf eigene hinzu, die er während der Typhusepidemie von 1907 (die überhaupt das Nervensystem anscheinend bevorzugte: Delirien, Sopor, Meningismen, Psychosen) zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Auf Grund davon werden Ätiologie (mechanisch? entzündlich?), Symptomatologie und Verlauf besprochen.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Franz Herzog: Über die Erkrankung des Zentralnervensystems bei Polyneuritis degenerativa.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXIX.)

Mitteilung von zwei Fällen von schwerer Polyneuritis, bei denen die anatomische Untersuchung, wie so häufig, ein starkes Befallensein des zentralen Nervensystems ergab.

Kalberlah.

J. Raimist: Zur Infiltrationstherapie der Ischias.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XXXVI.)

Verfasser hat bei 28 Kranken Eingießungen von Kochsalzlösung in den N. ischiadicus gemacht und zwar nicht mit der Spritze, sondern mit Trichter und Schlauch. Er erzielte 75 % Heilungen und 21 % Besserungen, während 4 % ohne Erfolg blieben.

Kalberlah.

Karl Ubeleisen (Thalkirchen-München): Beitrag zur Behandlung der chronischen Ischias.

(Zeitschrift f. physikal.-diätet. Therapie, 1909, Bd. XIII, H. 6, S. 375—378.)

Seit Jahren übt Verfasser bei der Behandlung der chronischen idiopathischen Ischias folgendes Verfahren. Der Kranke erhält zunächst täglich (besonders geschwächte Personen nur jeden zweiten bis dritten Tag) ein Teilglühlichtbad, und zwar das Elektrosol der „E.-G. Sanitas“, das Verfasser dadurch etwas modifiziert hat, daß er seine Länge und die Zahl der Glühbirnen vergrößerte. 8 bis 12 Minuten genügen, um den Kranken recht in Schweiß kommen zu lassen, dann wird der Strom ausgeschaltet, der Kranke bleibt noch 5 Minuten unter dem Elektrosol liegen und schwitzt nach Ablauf dieser Zeit noch ungefähr 45 Minuten nach; den Schluß bildet eine spirituöse Abreibung. Der Vorteil dieses Verfahrens besteht darin, daß der Kranke dazu nicht das Zimmer zu verlassen nötig hat. An den nicht für die Elektrosolbehandlung bestimmten Tagen läßt er ferner eine Heißluftdusche applizieren, die er im ganzen Verlaufe des Ischiadikus unter gleichzeitiger manueller Massage an den schmerzhaften Druckpunkten ungefähr 15 Minuten lang einwirken läßt. Es folgt sodann trockne Einpackung, Hochlagerung des Beins und spirituöse Abreibung wie oben. Sobald eine Besserung im Befinden des Kranken und eine Besserung eingetreten ist, d. h. der Kranke gehfähig zu werden beginnt, ordiniert er Elektrizität in Form der Vierzellenbäder (auch Dreizellenbäder, d. h. unter Fortlassung der Armwannen und Ersatz durch Applikation einer großen Schwamm-elektrode in der Lendengegend); er läßt den Strom schwach ein- und ausschleichen, ist aber vor erheblichen Stromstärken nicht zurückgeschreckt. Gleich-

zeitig hebt Übeleisen aber auch hervor, daß sich die Elektrotherapie nicht für alle Fälle eignet und bei sehr sensiblen Personen das Vierzellenbad auch Steigerung der Schmerzen hervorruft.

Bei fortschreitender Rekonvaleszenz hält er die Heranziehung leichter gymnastischer Übungen für unumgänglich. Zuerst läßt er passive Streck-, Beuge- und Rollbewegungen vornehmen, um bald zu aktiver Gymnastik überzugehen. Sehr wertvoll erwies sich ihm dabei ein von der Firma Gustav Voigt in Berlin angefertigter Tretapparat, der durch Stellung des Sitzes eine beliebige Streckung der unteren Extremitäten gestattet, außerdem durch Einstellung einer exakt regulierbaren Bremse eine sehr feine Dosierung des Widerstandes erlaubt.

Auf die beschriebene Behandlungsweise will Verfasser bei 25 % seiner Fälle nach Ablauf von 27 Behandlungstagen eine vollständige, und soweit er in Erfahrung bringen konnte, auch dauernde Heilung erzielt haben. Bei 53 % ließ sich eine wesentliche Besserung erzielen. Buschan (Stettin).

Anton Bum: Die „Infiltrationstherapie“ der subakuten und chronischen Ischias.

(Monatsschrift f. physikal.-diätet. Heilmethoden, 1909, Bd. I, H. 7, S. 398—402.)

Nach den auf fast vier Jahre sich erstreckenden Erfahrungen des Verfassers eignen sich für die Lange'sche Infiltrationstherapie alle Fälle unkomplizierter, peripherer, subakuter und chronischer Ischias. Bei akuter Erkrankung kommt man im allgemeinen schon mit Ruhe, ev. Thermotherapie und vorsichtiger Anodenbehandlung zum Ziel; daher hat Verfasser jenes Verfahren hier nicht versucht. Im ganzen wurden von ihm mittels Infiltrationsmethode 258 statistisch verwertbare Fälle behandelt, davon 61 % dauernd geheilt, 20 % wesentlich gebessert, 4 % rezidierten und in 13,5 % waren Mißerfolge zu verzeichnen. Von den so behandelten Fällen waren 42 subakut und 216 chronisch. Es wurden:

| | von den subakuten | von den chronischen |
|------------------------|-------------------|---------------------|
| dauernd geheilt . . . | 50 % | 63,4 % |
| wesentlich gebessert . | 26,1 % | 19,5 % |
| rezidierten . . . | 7,1 % | 3,7 % |
| waren Mißerfolge . . | 16,6 % | 12,9 % |

Die Zahl der Infiltrationen betrug in 19 subakuten und 98 chronischen Fällen je 1, in 18 subakuten und 105 chronischen je 2, in 5 subakuten und 9 chronischen je 3 und in 4 chronischen Fällen je 4. Die Dauer des Leidens variierte zwischen 7 Wochen und 17 Jahren; ein Konnex zwischen Krankheitsdauer und Resultat der Behandlung konnte nicht festgestellt werden.

Am besten bewährte sich die Injektion steriler physiologischer Kochsalzlösung (ohne Eukainzusatz) mittels einer 100—120 cm fassenden Spritze durch einen intensiven Druck direkt in die Nervenscheide. Die Wirkung ist eine rein mechanische, wie Verfasser durch Versuche an Leichen feststellen konnte. Verfasser stellt sich dieselbe so vor, daß unter dem entsprechenden Drucke in die Nervenscheide des Ischiadikus perineuritische Adhäsionen mit der Nachbarschaft gedehnt, bzw. gesprengt werden. Es ist also die Infiltrationsbehandlung eine

Art unblutiger operativer Lösung der Adhäsionen. Chemische Einflüsse sind in diesen Fällen durchaus auszuschließen, wie noch nicht veröffentlichte Tierversuche von Grünbaum und Marburg lehren. Buschan (Stettin).

Wiener (Prag): Die Injektionstherapie der Ischias und anderer Neuralgien.

(Prager medizin. Wochenschrift, 1909, Nr. 36—37.)

In Form eines Vortrages wird im wesentlichen eine Übersicht über die bisherigen das Thema behandelnden Veröffentlichungen gegeben und besonders die Ansichten Lange's berücksichtigt. W. selbst bedient sich einer isotonischen Kochsalzlösung ohne Zusatz eines Analgetikums. Bei der Injektion ist es wichtig, den Nerv zu treffen, was durch den „Kontrollschmerz“ bezeichnet wird. Als Menge empfiehlt sich für den Ischiadikus 100 ccm, für den Trigeminus 25 ccm. Nach der Einspritzung sollen die Patienten noch mindestens 24 Stunden zu Bett liegen. Die Erfolge W.'s waren gut (über die Hälfte Heilungen bei Ischias, von 12 Trigeminusneuralgien 10 Heilungen), u. a. auch bei Zephalalgie und tabischen Schmerzen. Eine längere Besprechung wird den regelmäßig nach Einspritzung großer Dosen auftretenden Temperatursteigerungen gewidmet, die ebenso wie die nachträglich bemerkbaren Schmerzen auf eine Giftwirkung des Kochsalzes zurückgeführt werden. Beide Symptome konnte W. schließlich meist vermeiden, wenn er seiner Lösung einen Zusatz von Kalziumchlorid (0,75 auf 1000) gab.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Julius Flesch: Über den Wert von intraneuralen Alkoholinjektionen in der Behandlung von Trigeminusneuralgien.

(Monatsschrift f. physik.-diätet. Heilmethoden, 1909, Bd. I, Nr. 7, S. 402—405.)

Verfasser hat das Schlösser'sche Verfahren in 25 Fällen versucht, von denen 8 im einzelnen mitgeteilt werden, fast durchweg mit außerordentlich günstigem Erfolge. Versagt hat die Methode bisher nur in drei Fällen, und zwar in einem Falle von funktionellem Torticollis clonicus, wo die Injektion in den Akzessoriusast für den Sternokleidomastoideus versucht wurde, sodann bei einem Falle von offenbar hysterischer Neuralgie, die bald im dritten, bald im zweiten Aste auftrat, rasch wieder verschwand und den Eindruck funktionellen Ursprunges erweckte, und in einem Falle schwerer traumatischer Neurose mit Supraorbitalneuralgie. In zwei Fällen war der Erfolg nicht von Bestand; es waren dies vorher peripher resezierte Fälle; es fehlte hier, weil der Hauptstamm vorher entfernt worden war, auch der Angriffspunkt für den Alkohol.

Ob die Erfolge anhalten werden, muß die Zeit lehren. In den vom Verfasser berichteten Fällen waren verschiedentlich schon acht Wochen ohne Rezidiv verstrichen. Die Erfolge pflegten sofort einzutreten, darunter in recht verzweifelten Fällen.

Buschan (Stettin).

A. Strasser und M. Berliner: Duschemassage bei Beschäftigungsneurosen, Neuritiden und ähnlichen Zuständen.

(Monatsschrift f. physikal.-diätet. Heilmethoden, 1909, Bd. I, H. 9, S. 509—517.)

Das ursprünglich von Forestier angegebene, von Strasser und M. Berliner weiter ausgebildete Verfahren der „Duschemassage“, über das ich bereits in diesem Zentralblatt, 1908, Bd. XXXI, S. 1081, berichtet habe (Massage bei

gleichzeitiger Berieselung des zu behandelnden Körperteils mit warmem Wasser aus einer Duscherosette), haben die beiden Verfasser seitdem in einer großen Reihe von Fällen als glänzend bewährt gefunden. Gegenüber ihren früheren Angaben (Wärmetemperatur 35—40° C) betonen sie jetzt, daß sie höhere Temperaturgrade, zumal in hartnäckigen Fällen bis zu 50° C, anwendeten. Die Dauer der Prozedur beträgt 2—5 Minuten; nach derselben werden die behandelten Körperstellen gut verhüllt und ungefähr eine halbe Stunde lang in möglichster Ruhe gelassen.

Sie bringen 13 Krankengeschichten, in denen der Erfolg, manchmal geradezu ein verblüffender, in die Augen springend war, und zwar ein Dauererfolg. Es handelte sich um ungewöhnlich hartnäckige Fälle von Krampfstörungen, Parästhesien, Atrophien, die auf beständige Inanspruchnahme bestimmter Muskelgruppen (zumeist auf der Basis einer Neuritis) zurückzuführen waren.

Buschan (Stettin).

Bach (Westerland-Sylt): Zur Ätiologie der Interkostalneuralgie.

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 39.)

Für die Interkostalneuralgie können die verschiedensten Erkrankungen im Bereiche des Thorax ätiologisch in Betracht kommen. Bach beobachtete in der Ziehen'schen Nervenpoliklinik sechs Fälle, Frauen betreffend, in denen neben allgemeiner Nervosität auffallende Rundung der Dorsalwirbelsäule, Lendenlordose und Hängebauch bestand. Kommen diese Difformitäten für die Entstehung der Interkostalneuralgie in Frage, so ist der Prophylaxe und Therapie in orthopädischer Behandlung der Weg gewiesen. Liebetrau (Hagen i. W.).

Anatomie des Nervensystems.

L. Jacobson und Kollnowski: Über die Kerne des Rückenmarks.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 612—626.)

J. teilt die Hauptergebnisse seiner Untersuchungen an einem von K. in Serien geschnittenen menschlichen Rückenmark mit, während die ausführliche Arbeit in den Abhandlungen der Königl. Preuß. Akademie der Wissenschaften erschienen ist. Ein kurzes Referat ist nicht möglich. Nur so viel sei hier mitgeteilt, daß J. folgende Nervenzellgruppen unterscheidet: Nuclei motorii, sympathici, magnocellulares cornui posterioris und Nucleus sensibilis proprius (identisch mit der Subst. gelatinosa Rolandi). Die nicht zu gruppierenden, dem mittleren und kleineren Zellentypus angehörenden, Zellen verlaufen oft in bestimmten Zügen, von denen J. folgende unterscheidet: Tractus cellularum medio-ventralis, medio-dorsalis und intercornualis laterales.

Hoppe (Königsberg).

Schütz (Jena): Die Silberimprägnation der Neurofibrillen nach Bielschowsky.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 909—911.)

Die Fehlerfolge, die die Methode von Bielschowsky häufig gibt, indem die Fibrillen nicht deutlich hervortreten, liegen nach S. daran, daß die Zeiten für die einzelnen Abschnitte des Verfahrens zu kurz angegeben sind. S. teilt nun seine Vorschriften mit.

1. Die Stücke aus dem gehärteten Gehirn werden vor dem Schneiden 1—1½ Stunde lang entwässert, die Schnitte selbst nochmals 2—3 Stunden in Aqua dest. entwässert.

2. Die Schnitte kommen für 24 Stunden in Argent. nitr.-Lösung von 2 ‰.

3. Entwässerung in Aq. dest. 24 Stunden lang, dann 30—40 Minuten in ammoniakalische Silberlösung.

4. Nachwaschen, Durchziehen durch destilliertes Wasser für 24 Stunden in Formallösung mit Wasserleitungswasser von 20 ‰.

5. Für Dauerpräparate zehn Minuten in Eisessig (10 ccm Wasser, zwei Tropfen Eisessig), dann 30—45 Minuten in Lösung von drei Tropfen Goldchloridlösung von 1 ‰ in 10 ccm Aq. dest.

6. 3—5 Minuten in einer 5 ‰igen Lösung von Natriumthiosulfat mit einigen Tropfen einer konzentrierten Lösung von saurem schwefligsaurem Natrium (ein Tropfen auf 10 ccm Natriumthiosulfat).

7. Auswaschung 24 Stunden in Aq. dest., Entwässerung in Alkohol von steigender Konzentration zwölf Stunden, Aufhellung in Karbolxylol, Einbettung.

Für alte und überhärtete Präparate müssen die Zeiten verlängert werden.

Hoppe (Königsberg).

H. Bernheimer (Innsbruck): Weitere experimentelle Studien zur Kenntnis der Lage des Sphinkter- und Levator-kerns.

(v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie, 1909, Bd. LXX, H. 3, S. 539.)

Bernheimer gelang es durch weitere Experimente an Affen, die er kürzere oder längere Zeit nach der Operation am Leben erhalten konnte, neue Beweise für seine Ansicht beizubringen, daß der Kern des Sphincter pupillae im kleinzelligen Medialkern unterhalb des Aquaeductus sylvii gelegen ist. Nach vollständiger Abtragung der vorderen Vierhügeldächer, ohne Beschädigung der angrenzenden, gegen den Thalamus zu gelegenen Gehirnteile, blieb die Pupillarreaktion unberührt. Nur wenn die Schädigung, direkt oder indirekt, Teile des Sulcus Thalami betraf, konnte durch einige Tage an der gleichseitigen Pupille eine eben merkliche Erweiterung und trägere Reaktion festgestellt werden, die aber bald wieder verschwand, eine Erscheinung, die durch flüchtige Schädigung (durch Blutung) der an dieser Stelle einstrahlenden Pupillenfasern bedingt wurde. Auch die Zerstörung des Gewebes am Boden des Aquaeductus sylvii unter dem vorderen Vierhügeldach und über der Gegend des kleinzelligen Medialkerns war belanglos. Ebenso wenig ließ die Zerstörung der Bogenfaserung, von den lateralen Teilen des Vierhügels bis zum Austritt der Fasern des Okulomotorius aus der Kernsäule, eine Ausfallserscheinung erkennen. Bei einzelnen Versuchen waren Teile des Seitenhauptkerns bei Erhaltung der kleinzelligen Medialkerne getroffen, hier zeigten sich nur Störungen der äußeren vom Okulomotorius versorgten Muskeln, ohne daß das Pupillenspiel irgendwie berührt worden wäre. Wenn ganz besonders die Zellen im vorderen Polteile des Hauptkerns getroffen waren, dann konnte bei gleichbleibender Pupille eine mehr oder weniger ausgesprochene, kürzer oder länger andauernde Ptosis beobachtet werden. Demnach wären in den im vorderen Polteile der beiden Hauptkerne liegenden Zellen die Levatorkerne zu suchen.

Nur bei isolierter Zerstörung des kleinzelligen Medialkerns, wobei die mikroskopische Untersuchung Schwund dieser Zellen erkennen ließ, konnte eine

dauernde Lichtstarre der gleichseitigen Pupille beobachtet werden. Also kann nur in dieser Gegend die zentrale Stelle zu suchen sein, von wo aus der Sphincter pupillae beherrscht wird. Da aber in dieser Gegend sonst keine Ganglienzellen nachzuweisen sind, so liegt nach Bernheimer der Sphinkterkern eben in diesem kleinzelligen Medialkern.
Brons (Dortmund).

Henschen (Stockholm): Über inselförmige Vertretung der Makula in der Sehrinde des Gehirns.

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 95.)

Unter eingehender Besprechung der Kontroversen von v. Monakow einerseits und Wilbrand und Henschen andererseits über die kortikale Projektion der Retina, vertritt Verf. erneut den Standpunkt, daß die Retinaelemente eine isolierte Leitung nach der Sehrinde und daselbst eine völlig fixe Projektion haben, so daß auch die Makula eine bestimmte kortikale Vertretung findet, vermutlich im Boden der Fissura calcarina. Als Beweis führt H. mehrere Fälle von makulärem Skotom nach Verletzung der fraglichen Rindenpartie an.

Liebetrau (Hagen i. W.).

Julian Salomowicz (Lemberg): Vom Zentrum der Submaxillardrüse.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 721—722.)

S. untersuchte die Medulla oblongata von zwei Hunden, denen 21 bzw. 26 Tage zuvor die Submaxillardrüse entfernt worden war. Die Kerne des N. vagus, facialis und trigeminus zeigte sich intakt, dagegen fanden sich unregelmäßig zerstreut hauptsächlich im Bereich des Deiters'schen Kernes, weniger zahlreich in der Substantia reticularis, degenerierte Zellen mit ausgesprochener Chromatolyse. S. kommt unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Autoren (Beck und Kohnstamm) zu folgenden Ergebnissen: das Zentrum der Submaxillardrüse wird von den im Bereich des Deiters'schen Kernes zerstreuten Zellen gebildet, nur sehr wenige Zellen finden sich in der Substantia reticularis. Die Zellen, die dieses Zentrum bilden, sind in beiden Hälften des verlängerten Markes zu finden mit geringer Prävalenz zugunsten der der Drüse entsprechenden Seite.

Hoppe (Königsberg).

L. Blumenau (St. Petersburg): Zur Frage über die Vaguskerne des Menschen.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 658—661.)

B. teilt die Resultate bereits früher in russischen Journalen veröffentlichter Untersuchungen kurz mit. Die Resultate gipfeln vor allem darin, daß der hintere Seitenstrangkern mit der Wurzel des Vagus durch ein Bündel dicker Fasern verbunden ist, die schon von Obersteiner beachtet wurden und als radikuläre erkannt werden konnten. Der Zusammenhang des hinteren Seitenstrangkernes mit dem Vagus wurde auch in einem Falle von Herzlähmung bei Diphtherie bestätigt, wo eine akute Neuritis des Vagus mit sekundären Veränderungen in den Vaguskernen vorhanden war und gleichzeitig eine großzellige, am hinteren Rande jeden hinteren Seitenstrangkernes gelegene, Zellgruppe sich deutlich verändert erwies. Diese Zellgruppe gehört nach B. aller Wahrscheinlichkeit nach dem vorderen Kern des Vagus als seine laterale Gruppe an. Diese „laterale Vagusgruppe“ ist bei Tieren (Kaninchen) weniger entwickelt als beim Menschen. Sie sind wahrscheinlich mit den von Marinesco und Parhon 1907 beschriebenen,

nach außen vom N. ambiginus liegenden „Colonnes externes“ identisch, in denen diese das Zentrum des Herzens suchen, eine Vermutung, die B. bereits 1893 ausgesprochen hat.

Hoppe (Königsberg).

Otto Veraguth: Zur Frage nach dem pupillomotorischen Feld der Retina.

(Neurol. Zentralbl. 1909, S. 402—404.)

Bei einem 25jährigen Drechsler besteht seit einer Verletzung des rechten Auges im vierten Lebensjahre ein vollständiger Sehdefekt des rechten Auges bis auf eine Insel in der unteren Hälfte des Gesichtsfeldes. Bei direktem Lichteinfall in das rechte Auge zeigt sich keine Spur der Reaktion der Pupille, auch die konsensuelle am andern Auge nicht, Lichtreizung des linken Auges bewirkt prompte Reaktion beider Pupillen; Konvergenzreaktion beiderseits vorhanden. Daraus ist zu schließen, daß das erhalten gebliebene Retinagebiet keine pupillomotorischen Fasern enthält, es reicht demnach dieses Gebiet nicht bis an die Grenze des nach Heß auf die perimakuläre Zone beschränkten pupillomotorischen Feldes.

Hoppe (Königsberg).

Vergiftungen.

P. Näcke: Die Zeugung im Rausche und ihre schädlichen Folgen für die Nachkommenschaft.

(Neurol. Zentralblatt, 1908, S. 1058—1063.)

Der wesentlichste Inhalt dieses Aufsatzes ist vom Ref. bereits in seinem in diesem Zentralblatt (1909, 1. Märzheft) erschienenen gleichlautenden Aufsatz kritisch beleuchtet worden.

Hoppe (Königsberg).

V. Deroitte (Gheel): Sur la pathogénie des états crépusculaires de la conscience.

(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, 1907, S. 183—187.)

Ein 58jähriger, alter Trinker, der in 20 Jahren 26mal wegen Bettelns und Vagabundage usw. und mit der Diagnose alkoholische Demenz in Gheel untergebracht worden war, bekam täglich morgens oder gegen Ende der Nacht Anfälle von halluzinatorischer Verwirrtheit und Benommenheit, bzw. Verdunkelung des Bewußtseins (Dämmerzustände), an die er sich hinterher noch unbestimmt erinnerte und die er als Träume bezeichnete, ohne aber zu wissen, was er in den Zuständen getan hatte. In der letzten Zeit zeigte sich zunehmende Abmagerung und Parese der Beine; der Patient starb schließlich in Koma mit Krämpfen.

Die Sektion ergab ein kindskopfgroßes Fibrosarkom in der rechten Lunge und chronische Entzündung und Verdickung der weichen Hirnhäute, daneben ein Hämatom an der rechten Konvexität, die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde eine starke Entzündung und Degeneration, sowohl was die Neuroglia als die Nervenzellen betrifft. Die ganze Art dieser Veränderungen wies auf eine chronische Infektion hin, als deren Grundlage D. den Tumor ansieht. D. nimmt an, daß die Toxine des bösartigen Tumors in regelmäßigen Zwischenräumen in die Blutbahn gelangten und klinisch die Dämmerungszustände, anatomisch die lebhaftige Entzündung der Hirnrinde hervorriefen. Das Hämatom und die chronische Meningitis bezieht D. auf den Alkoholismus.

Hoppe (Königsberg).

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

15

Weyert (Köln): Trionalintoxikation.

(Medizin. Klinik, 1909, Nr. 34.)

Ein 29jähriger Mann zeigte während einer antisiphilitischen Kur in der Klinik nach 2 g Trional, in halber Dosis und im Abstand von einer Stunde verabreicht, sowohl als es ihm gegen Schlaflosigkeit, als zum Zwecke des Experiments gegeben wurde, einen kurzdauernden psychotischen Zustand, bestehend in traumhafter Benommenheit, bzw. (das zweitemal) in motorischer Erregung mit nachfolgender Amnesie unter dem Gefühl der Abgeschlagenheit. Im Harn wurde weder chemisch noch spektroskopisch Hämatoporphyrin nachgewiesen. Das seltene Vorkommen von toxischer Wirkung bildet keinen Gegengrund gegen die therapeutische Anwendung des bewährten Schlafmittels.

Liebeträu (Hagen i. W.).

Neurosen und Psychosen.**Richard Stern: Zur Prognose der Epilepsie.**

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. XXX, H. 1.)

Verf. revidierte das Epileptikermaterial des Ambulatoriums der 1. Wiener medizinischen Klinik aus weit zurückliegenden Jahren auf den Verlauf des Leidens hin und konnte dabei über 111 Fälle wieder Nachricht erhalten. Da die schweren Fälle Neigung haben aus der Großstadt zu verschwinden in Heimatgemeinden, Pflege- und Irrenhäuser, so zeigt das Ergebnis wohl ein zu günstiges Bild, das unter den 111 Fällen 27 geheilte aufwies; von den übrigen konnten noch 16 nachuntersucht werden, 25 befanden sich in Anstalten, und 45 waren gestorben. Als geheilt sind solche bezeichnet, welche über zehn Jahre frei von Anfällen blieben, ohne daß damit gesagt sein soll, daß sie definitiv von der Krankheit befreit wären. Diese provisorisch geheilten wiesen nun dieselben Eigenheiten auf, die Gowers den durch Erfolg der Bromtherapie als leicht gekennzeichneten Fällen zuschrieb; es sind also die auf Brom günstig reagierenden Erkrankungen dieselben, die auch spontaner Heilung fähig sind; die wenigsten von Verf. Fällen waren gründlich behandelt worden.

Bei diesen leichten Fällen bestanden die Anfälle nur kurze Zeit, 2 Tage bis 8 Jahre, traten zwischen dem 10. und 30. Jahre auf, während sie bei den schweren vor dem 10. und nach dem 30. Jahre kamen. Es war bei ihnen immer ein deutlicher ätiologischer Faktor nachzuweisen, und das hereditäre Element trat zurück, während bei den dauernden Epilepsien gar keine oder ganz geringfügige Ursache für Eintritt und Wiederkehr der Anfälle zu finden waren, dagegen eine große Familiendisposition vorlag. Die Ursachen im ersteren Fall waren hauptsächlich toxische und infektiöse, Alkohol, Blei, Typhus, Polyarthritis usw., und traumatische. Dennoch wiesen in einigen Fällen Konvulsionen in der Kindheit auf eine gewisse Disposition hin, die hier durch die erwähnten Ursachen verstärkt zu sein schienen. Eine besondere Gruppe bot sich unter den leicht Erkrankten heraus, die an Stoffwechselstörungen denken ließen, sie hatten mit ihrer Fettentwicklung und der genitalen Hypoplasie mit Sterilität den Habitus, den man bei Hypophysistumoren findet. Eine besondere Stellung nahmen ferner Fälle sogenannter Hysteroepilepsie ein, bei denen nach einigen epileptischen Anfällen später nur hysterische auftraten. Die Anfälle selbst waren bei den leichten Fällen selten und meist typische (nur selten traten kleine Anfälle auf); anfangs

gehäuft, serienweise, wurden sie immer seltener und kamen mit Vorliebe nur nachts. Sie wiederholten sich unregelmäßig, zeigten im Gegensatz zu den schweren Fällen keine ausgesprochene Periodizität und nur selten Beziehung zur Menstruation. Die anfallsfreie Zeit betrug bei den transitorischen Erkrankungen durchschnittlich 15 Jahre, bei den schweren war die längste freie Zeit $2\frac{1}{2}$ Jahre lang. Die Anfälle als solche unterschieden sich wenig, nur war bei den transitorischen eine Aura meist deutlich, der Anfall selbst, insbesondere das soporöse Stadium, länger; bei den anderen überwogen kurze Anfälle. Die kleinen zeigten auch bei den gutartigen Fällen ausgesprochene motorische Reizerscheinungen, bei den schweren mehr Sensationen; bei jenen waren die Anfälle oft halbseitig, bei diesen mehr bilateral, jene erlangten nicht die Fähigkeit, den Anfall zu kupieren, die die Dauererkrankten oft hatten.

Die transitorisch Erkrankten waren oft muskulöse fettleibige Leute, die anderen blasse, eher kachektische. Halbseitenerscheinungen, Asymmetrien, Differenzen in den Reflexen fanden sich nicht, Intelligenz und Sprache waren normal. Bei den schweren Formen fanden sich objektive Zeichen in der Hälfte der Fälle. Sehr häufig bestand nun bei den leichten eine lebhaftere Übererregbarkeit der psychischen und spinalen Reflexe, große Unruhe, Schreckhaftigkeit, Zusammenfahren bei geringen Geräuschen und Berührungen, unruhiger Schlaf. Alle diese Erscheinungen und die Anfälle werden durch Brom gebessert, das also wohl durch Herabsetzung der Reflexerregbarkeit wirkt. Es gibt aber eine Anzahl von Kranken, die keine große Neigung zu Krämpfen, dafür eine größere zu Schlafanfällen haben; bei ihnen scheint Brom diese Neigung zu verstärken, sie wurden schlechter anstatt besser; Brom ist also in den Fällen indiziert, in welchen Steigerung der Patellarreflexe die Übererregbarkeit anzeigt. Auffallend oft fand Stern bei den geheilten Kranken Schwellung der Thyreoidea mit Tremor, leichter Tachykardie und Schweißausbrüchen, also Anzeichen von Thyreoidismus. Er nimmt nun eine Art Antagonismus zwischen diesem und der Epilepsie an; denn bei Morbus Basedowii sind epileptische Anfälle selten, der psychische Habitus ist dem bei Epilepsie fast entgegengesetzt, und Verf. beobachtete, daß Epilepsie mit Einsetzen eines Thyreoidismus schwand. So erklären sich auch die bessernden Wirkungen der Schwangerschaft durch die Schwellung der Thyreoidea, und es sind durch therapeutische Darreichung von Thyreoidin Besserungen der Epilepsie erreicht worden; die Wirkung liegt hier nicht im Zerstören irgendeines Stoffwechselgiftes, sondern in der Erzeugung eines Thyreoidismus. Seine eigenen günstigen Erfolge betrafen gerade die oben erwähnten Individuen mit Stoffwechselhabitus. Stern empfiehlt also die Anwendung von Thyreoidin dort, wo die Übererregbarkeit fehlt, Brom versagt und wo viele kleine Anfälle auftreten.

Chotzen.

Skliar: Über die Grübelsucht.

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. XXX, H. 1.)

Auf Grund der Beobachtung eines Degenerierten mit ausgesprochener Grübelsucht setzt S. auseinander, daß die Zusammenstellung dieses Zustandes mit den Zwangserscheinungen nicht berechtigt sei. Der Kranke hatte sonst keinerlei Zwangssphänomene, und auch die eigentlichen Merkmale dieser fehlten, nämlich 1. die subjektive Empfindung des Zwanges; das Grübeln geschah nicht gegen den Willen des Kranken, sondern erschien ihm vielmehr zweckmäßig und

15*

nützlich; es war also 2. auch keine eigentliche Krankheitseinsicht da, und 3. geschah das Grübeln unter lebhaftem Affekt mit großem Interesse.

S. ist dafür, die Grübelsucht als eine besondere Form des degenerativen Irreseins aufzustellen. Chotzen.

H. Becker: Über Meningitis als ätiologisches Moment bei Psychosen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 6.)

Kurze Besprechung der Prognose der einzelnen Meningitisformen. Sie kommen selten zur Heilung, dann aber können sie eine Prädisposition für Psychosen abgeben; und das nicht nur für Imbezillität und Epilepsie, sondern, wie die Durchsicht von Fällen lehrt, in denen Meningitis sicher oder wahrscheinlich vorausgegangen war, 52 von 810 des Verf., relativ häufig auch für einfache Seelenstörungen, nämlich bei 12 von 19 Fällen mit sicherer Meningitis.

Chotzen.

R. Lehmann: Gutachten über den Fall L.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 6.)

Ausführliches Gutachten über einen Schwindler, der, von der Schutztruppe entlassen, seine frühere und eine phantastische Uniform weiter trug und unter dem Vorgeben, durch Examina sich Anwartschaft auf höhere Stellen erworben zu haben und andere falsche Vorspiegelungen Geld entlockte. Er gab nachher an, von einem Wahn nach Großtuerei befallen worden zu sein, er wisse selbst nicht, wie er zu alledem gekommen sei.

Das Gutachten weist nach, daß der Gedanke, sich als krank hinzustellen, erst im Laufe der Untersuchung auftauchte und dann konsequent aus dem Vorleben entwickelt wurde, und begründet, warum der Angeklagte kein pathologischer Schwindler sei. Chotzen.

Tamaki Toyofuku: Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von chronischer Tetanie im ersten Kindesalter.

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. XXX, H. 1.)

Die Krankheit hatte im dritten Monat nach der Geburt begonnen und über ein Jahr gedauert; das Kind war im Verlauf von Varizellen an Pneumonie gestorben. Die Tetanie war durch Parathyreoidin Vassale günstig beeinflusst worden.

Da im Krankheitsverlauf zerebrale Erscheinungen aufgetreten waren, wurde das Gehirn mit dem gesamten Nervensystem untersucht, um etwaige toxische Einflüsse oder solche durch die Todesursache festzustellen, und vielleicht Entwicklungshemmungen aufzufinden.

Es fanden sich neben Blutungen in die oberen Epithelkörperchen einmal eine deutliche Vermehrung der Elsholz'schen Körperchen in den peripheren Nerven, eine Vermehrung der Endothelkerne in den Intervertebralganglien und eine Veränderung der kleinen Zellen in ihnen im Sinne einer axonalen Degeneration; ferner die von Zappert beschriebenen Veränderungen der Wurzeln, hier auch auf die hinteren Wurzeln ausgedehnt, und endlich eine Änderung der Struktur der Hirnrinde, nämlich Neigung zu Koloniebildung der Ganglienzellen, insbesondere in den tieferen Schichten der Pyramidenzellen.

Keine dieser Veränderungen ist nach Verf. für sich als charakteristisch für Tetanie anzusehen, alle insgesamt werden vielmehr als Ausdruck einer Entwick-

lungshemmung angesprochen. Experimentell ist nach Epithelkörperchenentfernung allgemeine Entwicklungshemmung erzeugt worden; hier betraf diese mit dem gesamten Nervensystem das Gehirn mit, daher auch entsprechende Erscheinungen im Krankheitsbild. Chotzen.

Mattauschek: Beitrag zur Prognose der Dementia praecox.

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. XXX, H. 1.)

Bei der noch sehr großen Unsicherheit der Kriterien für die prognostische Beurteilung der Dementia praecox wollte M. hauptsächlich den Einfluß von Milieu und Rasse studieren. Er benutzte dazu ein Material von 72 Soldaten und 148 Zivilisten, wovon 211 katamnestic verfolgt werden konnten. Fälle, bei denen weder eine Einbuße an Leistungsfähigkeit noch Reste der Krankheit nachzuweisen waren, wurden als geheilt angesehen, bei denen Reste aufgefunden wurden, als mit Defekt geheilt. Nicht- oder nur teilweise erwerbsfähige zählten zur leichteren, erwerbsunfähige und anstaltsbedürftige Kranke zur schweren Demenz.

Erkrankungsalter und auslösende Ursachen waren ohne erkennbaren Einfluß, dagegen erwies sich die direkte erbliche Belastung mit Geisteskrankheit als ein ungünstiges prognostisches Moment. Die hebephrenen Formen stellten sich schlechter als die katatonen und noch mehr die paranoiden, relativ am besten eine Gruppe von depressiv-paranoischen Erkrankungen. Auf die Symptomatologie ließen sich Vorhersagen nicht begründen; jedoch zeigte sich auch hier, daß akuter und subakuter Beginn einen leichteren Verlauf versprechen; sie kamen dreimal mehr vor bei den Geheilten als der chronische Beginn; Anzeichen intrapsychischer Koordination im Sinne Stransky's boten fast alle Fälle. Bezüglich Milieu und Rasse ergab sich, daß die Erkrankung bei den Soldaten wesentlich günstiger verlief; es scheint also die individuelle Konstitution von Einfluß auf den Verlauf zu sein. Ferner spielt die Rasse eine Rolle: die beste Prognose hatten die Deutschen, schlechtere die Slaven, die schlechteste die Juden.

Zum Schlusse werden die Krankengeschichten der Geheilten mitgeteilt. Bei ihrer Ausführlichkeit zeigen sie doch, daß wir noch keine sicheren Kriterien oder Symptomengruppierungen kennen, die auch ohne die Anschaulichkeit der eigenen Beobachtung durch die bloße Schilderung die Sicherheit der Diagnose über jeden Zweifel hinausheben können. Chotzen.

Gustav Wolff: Zur Frage der Behandlung der unruhigen Geisteskranken.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 6.)

Das Vermeiden jeglicher Art Zwanges unter allen Umständen ist eine mißverständliche Anwendung des Prinzips des „no restraint“, denn in gewissen Fällen kann ein mechanischer Zwang lebensrettend wirken, und irgend eine Art Zwang ist oft gar nicht zu vermeiden; richtig verstanden verlangt das „no restraint“ nur die Anwendung des humansten Zwangsmittels, mit dem man auskommen kann. Von diesem sicherlich richtigen Gedanken ausgehend empfiehlt W. das anderenorts zwar vielfach schon verwendete, von ihm aber selbständig konstruierte Schutzbett; ein Gitterbett, wie es für Kinder angewendet wird, bei dem die gitterartigen Seitenwände hochgeschlagen werden können, so daß ein hohes, oben offenes Bett entsteht, oder auch oben nach der Mitte hin einander genähert werden können, so daß das Bett geschlossen ist und der Kranke darin wohl

liegen und sitzen, aber nicht aufstehen kann. Es leuchtet ein und die Erfahrungen des Verf. bestätigen es, daß mitunter, wo es darauf ankommt, die Gefahren motorischer Unruhe vom Kranken unbedingt fernzuhalten, dieses Bett anderen Zwangsmitteln und manchmal auch dem Bade vorzuziehen sein wird, wenn die Kranken im Bade nicht bleiben. Immerhin wird in Anstalten mit allen modernen Hilfsmitteln das Bedürfnis danach nur sehr gering sein; W. hat es auch in einer alten Anstalt mit ungenügenden Hilfsmitteln sich konstruiert. Gegen die Drehfenster und kleinen Scheiben und andere Einrichtungen, die Gitter vermeidbar machen sollen, urteilt Verf. bezüglich ihres Eindrucks und psychischen Zwangscharakters doch wohl etwas zu hart. Chotzen.

Luther: Klinische Beiträge zur Frage des degenerativen Irreseins.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. LXVI, H. 6.)

Aus den vielgestaltigen Krankheitsbildern dieser Gruppe werden für zwei Typen anschauliche und instruktive Beispiele mitgeteilt, rein endogen entstandene Psychosen bei psychisch sonst nicht abnormen Individuen, und bei solchen mit periodischen Verstimmungen ebenfalls periodische oder protrahierte Krankheitsbilder. Für beide Typen sind geistig nicht geschwächte und demente Kranke als Vertreter gewählt, da, wie Verf. hervorhebt, eine Anzahl von Geisteskrankheiten Dementer sicherlich zu den degenerativen Geistesstörungen gehört.

Die Abgrenzung der Hysterie gegen die übrigen degenerativen Zustände hält auch er nicht für streng durchführbar. Die Kranken mit periodischer Verstimmung möchte er wegen dieser Anomalie allein nicht zu den Epileptikern rechnen, er nimmt für die Fälle vielmehr, die sicher epileptische Symptome niemals zeigen, die Bezeichnung der epileptoiden Degeneration an. Chotzen.

V. Vermischtes.

Der langjährige Mitarbeiter des Zentralblattes Ludwig Löwenfeld (München) hat im Verlag von J. F. Bergmann (Wiesbaden) ein Buch herausgegeben, das auch hier angezeigt zu werden verdient, obwohl es sich mehr um allgemeinpsychologische Betrachtungen als um eigentlich wissenschaftliche Untersuchungen handelt. Das Buch heißt: „Über die Dummheit. Eine Umschau im Gebiete menschlicher Unzulänglichkeit.“ Eine eingehende Besprechung kann an dieser Stelle nicht erfolgen, obwohl vieles darüber und auch manches dagegen zu sagen wäre. Gaupp.

Im Verlag von Kurt Kabitzsch in Würzburg erschien die 2. Auflage der deutschen Übersetzung des Buches von C. Lange (Kopenhagen): Die Gemütsbewegungen, ihr Wesen und ihr Einfluß auf körperliche, besonders auf krankhafte Lebenserscheinungen. Der Übersetzer, Hans Kurella, widmet diese 2. Auflage den Manen des von ihm hochverehrten Cesare Lombroso. Er gibt ferner eine Einleitung, in der er die Aufnahme der Lange'schen Gedanken in der wissenschaftlichen Welt einer kritischen Betrachtung unterzieht und sich selbst als Anhänger der Lange-James'schen Affekttheorie bekennt. Gaupp.

Vom Handbuch der Physiologie des Menschen, das W. Nagel in Rostock im Verlag von Fr. Vieweg u. Sohn in Braunschweig herausgibt, ist nunmehr der letzte Teil erschienen (IV. Bd., II. Hälfte, 3. Teil), der die allgemeine Physiologie der Nerven aus der Feder von M. Cremer bringt, also ein Gebiet, das für den Neurologen von besonderem Interesse ist. Damit ist das große vierbändige Handbuch zum Abschluß gekommen, das seit Hermanns großem Werke erstmals wieder den Versuch macht, das ganze physiologische Wissen der Gegenwart eingehend zur Darstellung zu bringen. Gaupp.

Im „Verlag der Ärztlichen“ Rundschau (Otto Gmelin, München) erschien: Eugen Neter: Das einzige Kind und seine Erziehung (51 Seiten, Preis M. 1,40), eine gute und für Eltern und Erzieher nützliche Schrift, zu der Adolf Baginsky ein Geleitwort geschrieben hat. Gaupp.

Georg Lomer (Blankenhain) hat den Versuch gemacht, in einer gemeinverständlichen Abhandlung („Die Wahrheit über die Irrenanstalten“, Wiesbaden, J. F. Bergmann) die Öffentlichkeit darüber aufzuklären, wie es eigentlich in einer modernen Irrenanstalt aussieht. So gut gemeint derartige Schilderungen sind, so haben sie doch im ganzen wenig Erfolg. Solange hypomanische und paranoische Kranke Schriftstücke gegen Anstalten und Ärzte verfassen, solange überhaupt ungeheilte Kranke in scheinbar logischer Darlegung Anstalten und Ärzte verunglimpfen, wird es immer unzählige Menschen geben, die uns Psychiater mit Mißtrauen und Abneigung betrachten. Lomer wünscht ein psychiatrisches Nachrichtenbureau, eine psychiatrisch-journalistische Preßorganisation zur Abwehr ungerechter Angriffe und zur Aufklärung der Laienwelt.

Gaupp.

Das vom „Berliner Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus“ herausgegebene Unternehmen: „Der Alkoholismus, seine Wirkungen und seine Bekämpfung“ (Berlin, Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt) enthält in seinem sechsten Bändchen (erschienen 1909) sechs Vorträge: 1. Erich Arndt: Alkohol und Nervenkrankheiten. 2. Hansen: Die Organe der Arbeiterversicherung im Kampfe gegen den Alkoholismus. 3. von Kapff: Die psychotherapeutische Behandlung von Alkoholkranken in der modernen Spezialanstalt. 4. J. Neumann: Fürsorge und Vorsorge bei Trunkgefährdeten. 5. Schwandner: Strafe und Strafvollzug in Beziehung auf den Alkoholismus. 6. Hauswald: Sozialethische Wirkungen der Schankkonzessionssteuer.

Die Vortragssammlung kann bestens empfohlen werden. Der niedere Preis (broschiert M. 1,50) erleichtert ihre weite Verbreitung. Gaupp.

Das 3. und 4. Heft des III. Bandes der Zeitschrift für angewandte Psychologie enthält Mitteilungen der Kommission für Psychographie, die auch für den Psychiater von Interesse sind. William Stern in Breslau erläutert in einem orientierenden Aufsatz die „Aufgabe und Anlage der Psychographie“ (Darstellung der psychischen Funktionen und Eigenschaften einer Persönlichkeit). Daran schließt sich das „Fragment eines psychographischen Schemas“ von Baade, Lipmann

und Stern. Der Versuch, der hier unternommen ist, in systematischer Form eine Analyse einer psychischen Individualität vorzunehmen, verdient die Aufmerksamkeit des Psychopathologen im hohem Maße. Wir alle wissen, wie unmethodisch unsere Intelligenzprüfungen, unsere Versuche, die normale Persönlichkeit vor der Erkrankung und die abnormen Dauerzustände (Schwachsinn), Psychopathie usw.) zu charakterisieren, sind. Wir haben also allen Anlaß, uns über die Bestrebungen der modernen Individualpsychologie zu freuen und von ihnen zu lernen.

Gaupp.

**Zu Dreyfus' „Kritischen Betrachtungen“ über mein Buch:
„Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven
Irresein.“**

Das in der ersten Januarnummer dieses Zentralblattes über meine Studie erschienene Referat enthält neben willkürlichen Entstellungen auch Behauptungen, welche nach Dreyfus' Angaben von mir herrühren sollen, aber vergebens in meinem Buche gesucht werden würden. Da mir indes die Publikation meiner Erwiderung, welche neben eigenen auch die Dreyfus'schen Zitate enthalten und schon deshalb umfangreich werden mußte, an dieser Stelle unmöglich gemacht wird, bleibt mir nur übrig, einstweilen hier festzustellen, daß Dreyfus mir Worte in den Mund legt, welche ich niemals geäußert habe, und daß er oft nur Halbes zitiert, das Wichtigere jedoch gar nicht erwähnt, um dann mit Emphase verkünden zu können: „Welche Anschauungen uns den richtigen Weg führen, verrät uns der Autor (U.) aber nicht.“ Die Beweise für die Richtigkeit meiner jetzigen Behauptungen werde ich in einer zu publizierenden Arbeit unschwer „verraten“ können.

M. Urstein.

Erwiderung.

Auf eine rein sachliche, wenn auch scharfe Kritik seines Buches antwortet Urstein mit einer Beleidigung, indem er mich „willkürlicher“ Entstellungen und ihm fälschlicherweise unterstellten Behauptungen beschuldigt. Ich glaube das Urteil sowohl über die Sachlage als auch über ein derartiges Vorgehen jedem kritischen Leser beruhigt überlassen zu können, möchte hier nur bemerken, daß ich in meinem Aufsatz Urstein fast durchweg wörtlich und in Anführungsstrichen zitiert habe. Daß ich „das Wichtigere“ absichtlich nicht erwähnt haben soll, weise ich entschieden zurück. Es könnte mir nur trotz eingehender sorgfältiger Lektüre des Buches entgangen sein, wenn nicht — und auch hier appelliere ich wieder an den kritischen Leser — angenommen werden darf, daß nur dem Autor klar geworden ist, was eigentlich „das Wichtigere“ ist. Mögen die in Aussicht gestellten „Beweise für die Richtigkeit der jetzigen Behauptungen“ besser fundiert sein als die in der Monographie gebotenen. Für mich ist die Diskussion hiermit abgeschlossen.

Georges Dreyfus.

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Zentralblatt für **Nervenheilkunde und Psychiatrie.**

33. Jahrgang. Zweites Märzheft 1910. Neue Folge 21. Bd.

I. Originalien.

Die Melancholiefrage.

Referat, erstattet auf der 40. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte
in Heilbronn am 6. November 1909.

Von Prof. Dr. **A. Hoche.**

M. H.! Der Wortlaut des Themas meines heutigen Referates ist kein zufälliger, wenn es nicht heißt: „Die Melancholie“, sondern „Die Melancholiefrage“. Es handelt sich dabei nicht um irgend eine Frage aus dem Gebiete der Melancholie, sondern um ihre Existenzfrage. Es ist charakteristisch für die Unsicherheit der augenblicklichen Zustände auf klinischem Gebiet, daß ein so altes, wohl fundiertes Erbgut der Psychiatrie wie der Begriff der Melancholie, in Liquidation gerät und unter den Hammer kommt. Die Fragestellung selber ist hervorgegangen aus der neuesten Phase der Erörterungen über die Grenzen des manisch-depressiven Irreseins. Die vorjährige Versammlung, die dieses Referat-Thema gewählt hat, wollte damals darunter verstanden wissen: die Stellung der Involutionmelancholie zum manisch-depressiven Irresein. Daß damit die Melancholiefrage nicht erledigt ist und nicht erledigt sein kann, wird später zu zeigen sein.

Wenn wir zunächst einen Blick auf die Entwicklungsgeschichte der Melancholie werfen, so kann es sich natürlich hier nicht um eine eingehende historische Darstellung handeln; es wird genügen, einige der Wegteilungen aus neuerer Zeit zu markieren.

Der Melancholiebegriff hat lange Zeit hindurch ein beinahe beschauliches Dasein geführt. Für die Erinnerung der Mehrzahl der älteren Anwesenden stand kaum etwas auf klinischem Gebiete so fest und sicher da, wie das Bild der Melancholie — bis zum Auftreten von Kraepelin. Man nannte als die Kardinalsymptome der Melancholie den depressiven Affekt, die depressiven Wahnvorstellungen, die psychomotorische Hemmung; Unterabteilungen sonderte man im wesentlichen je nach dem äußeren Bilde der Krankheit in einer, wie wir heute sagen müssen, zweifellos schematisierenden Auffassungsweise; speziell gilt das für das Krankheits-

bild der sog. *Melancholia agitata*. Im übrigen lehrte man, was das Verhältnis der Melancholie zu dem gesamten Lebenslauf des Individuums anbetrifft, daß sie als selbständige Krankheit auftreten könne, andere Male periodisch erscheine, entweder in Wiederholung identischer Phasen, oder als Bestandteil des zirkulären Irreseins.

In diese etwas stagnierende Auffassung hinein fiel die energische Belebung der klinischen Arbeit durch Kraepelin, dem auf diesem wie auf anderen Gebieten der Psychiatrie die Rolle des Hechtes im Karpfenteich zugefallen ist. Die *Melancholia attonita* wurde abgetrennt, die Angstmelancholie erhielt eine besondere Stellung; die einschneidendste Änderung in unserer Auffassung brachte aber die Erkenntnis der manisch-depressiven Mischzustände, in deren Erforschung ein zweifellos großes Verdienst der Kraepelin'schen Schule zu erblicken ist. Der Nachweis der nahen inneren Beziehungen zwischen den scheinbar gegensätzlichen Zuständen der Manie und der Melancholie wird immer ein bemerkenswerter Abschnitt in der Entwicklung unserer klinischen Einsichten bleiben.

Auf diesem Boden erwuchs dann die Aufstellung des Begriffs des manisch-depressiven Irreseins. Das Vorkommen selbständiger Manien überhaupt wurde geleugnet und in gleicher Weise das Vorkommen selbständiger Melancholien, mit Ausnahme der Involutionmelancholie, für welche im übrigen Kraepelin eine Besonderheit darin erblickte und behauptete, daß bei ihr Verfolgungsideen eine Rolle spielen könnten, deren Nachweis sonst zur Annahme paranoischer und paranoider Zustände zu führen pflegte.

Um dem klinischen Erfahrungsmaterial aus dem Gebiet der Manie und Melancholie diese Form zu geben, war unter anderem eine wesentliche Umprägung des Begriffs der Periodizität erforderlich, indem man, um diese zu statuieren, nicht mehr verlangte, daß die Anfälle sich mit einer gewissen Regelmäßigkeit oder doch wenigstens eine ganze Reihe von Malen im Leben wiederholten, sondern indem man sich unter Umständen mit einmaligem Auftreten und der theoretischen Möglichkeit weiterer Wiederholungen begnügte, oder indem man anamnestisch nachzuweisenden Zuständen von Erregung, Verstimmung und dergleichen eine weitgehende Deutung und Bewertung zuteil werden ließ.

Diese Ausdehnung des Rahmens des manisch-depressiven Irreseins hat bis heute vielfach Widerspruch hervorgerufen, aber im ganzen ist doch, was die literarischen Äußerungen anbetrifft, die Kraepelin'sche Schule quantitativ siegreich geblieben. Wie weit dieser literarische Anschein die wirkliche Sachlage widerspiegelt, ist in Anbetracht der größeren Rührigkeit der Kraepelin'schen Schule nicht leicht zu entscheiden.

Die letzte Zeit hat nun noch eine neue Erweiterung des Begriffes des manisch-depressiven Irreseins gebracht. Specht¹⁾, der von der Voraussetzung ausgeht, daß das manisch-depressive Irresein eine klinische Einheit darstellt, etwa, um einen Vergleich aus der inneren Medizin zu gebrauchen, in dem Sinne, wie die Tuberkulose trotz der Verschiedenheit ihrer Erscheinungsformen eine solche darstellt, versuchte namentlich in den Krankheitsbildern der Melancholia agitata (bei welcher er im übrigen eine ganz berechtigte Kritik an der landläufigen Angstpsychologie übt), die Züge des manisch-depressiven Irreseins nachzuweisen, und er versuchte weiter, für eine gewisse Reihe von Fällen von Paranoia, speziell von Querulantenwahn, die Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein zu beweisen.

Das Endergebnis aller dieser klinischen Wandlungen ist augenblicklich ein Zustand, bei dem ein heute etwa auferstehender Psychiater der älteren Generation überhaupt kaum mehr die Fragestellungen begreifen würde. Tatsächlich ist für gewisse Autoren heute, wie Bumke²⁾ dies vor kurzem ausgeführt hat, das ganze Gebiet der nicht gröblich organisch bedingten Psychosen zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox aufgeteilt worden.

Jüngst ist nun in dieser Entwicklung der letzte noch ausstehende Schritt getan worden; die Melancholie hat für einige Autoren ihren letzten Rest von Selbständigkeit aufgeben müssen.

Aus prinzipiellen klinischen Gründen ist dafür schon vor mehreren Jahren Thalbitzer³⁾, konsequenter als Kraepelin selbst, eingetreten. Er deckte die Künstlichkeit der Unterscheidungsversuche auf, die mit heißem Bemühen vorgenommen wurden, um zwischen Involutionmelancholie und den melancholischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins Unterschiede zu statuieren, und stellte die Forderung auf, die Bezeichnung Manie und Melancholie auf reine Stimmungspsychosen zu beschränken, die nur quantitativ von unseren physiologischen Stimmungsschwankungen abweichen, im übrigen aber mehr als irgend eine andere Form von Seelenstörung ihr Gepräge von Alter, Geschlecht und Temperament erhalten. Noch vor fünf Jahren wurde Thalbitzer von Kraepelin in eingehender Widerlegung⁴⁾ bekämpft. Aber auch darin ist jetzt eine Wandlung eingetreten. Kraepelin gesteht neuerdings, daß er, seit er in München die

¹⁾ Struktur und klinische Stellung der Melancholie. Gaupp's Zentralblatt 1908, Nr. 449.

Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Ebenda 1908, S. 817.

²⁾ Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Gaupp's Zentralblatt, 1909.

³⁾ Melancholie und Depression. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1905.

⁴⁾ Lehrbuch der Psychiatrie, 1904, S. 461 ff.

Klinik führt, überhaupt noch nicht die Diagnose auf Melancholie gestellt hat, und in seiner Vorrede zu dem Buche von Dreyfuß¹⁾ spricht er es als seine Überzeugung aus, daß die Depressionen der Involutionsperiode auch dann als manisch-depressiv aufzufassen sind, wenn sie die einzigen Anfälle im Leben bleiben und ausschließlich depressive Färbung zeigen.

Dieses Buch von Dreyfuß, an dessen Argumentation im übrigen Bumke²⁾ vor kurzem eine eingehende und meines Erachtens überzeugende Kritik geübt hat, ist namentlich darum von Interesse, weil Kraepelin dadurch, auf Grund der weiteren Verfolgung seines eigenen Materials, zur Revision seiner Anschauungen veranlaßt worden ist, die er dann auch mit der ihn in hohem Maße auszeichnenden wissenschaftlichen Ehrlichkeit vorgenommen hat.

In dogmatischer Form hat endlich Kraepelin in dem ersten Teil der 8. Auflage seines Lehrbuches 1909 die Konsequenzen gezogen. Er erörtert dort³⁾ die Begriffe: „Zustandsbild“ und „Krankheitseinheit“, nennt dabei die Krankheitsformen, zu denen Involutions-Depressionen gehören können: Dementia praecox, Paralyse, Arteriosklerose, Epilepsie, Entartungsirresein, spricht im übrigen aber aus, daß die Melancholie ihre Berechtigung als Krankheitsform verloren hat und nur noch als Zustandsbild zu gelten haben wird.

Somit ist also für Kraepelin und diejenigen, die sich seinen Anschauungen anschließen, das Ergebnis heute ein sehr radikales: ob Manie oder Melancholie, ob einmaliges Auftreten im Leben, ob unregelmäßig mehrmaliges, oder in regelmäßiger periodischer Wiederkehr, ob früh oder spät, ob unter Vorwiegen dieser oder jener Symptome, immer ist es das manisch-depressive Irresein. Damit ist nur ein Standpunkt festgelegt, von dem man sich, wenn schon einmal der Begriff des manisch-depressiven Irreseins einen möglichst weiten Rahmen erhalten sollte, nur wundern muß, daß er konsequenterweise nicht schon längst erreicht war. Man hat speziell bei dem Buch von Dreyfuß den Eindruck, daß der Verfasser nur Schranken niederreißt, die die Kraepelin'sche Schule selber künstlich geschaffen hatte.

Ich selber vermag in keiner Hinsicht in dieser Ausdehnung des Begriffes des manisch-depressiven Irreseins das Heil zu erblicken. Ich halte die Begriffsbestimmung in diesem Umfange für wissenschaftlich unbefriedigend, weil sie die Tatsachen einer bestimmten Theorie zuliebe zwingen und gruppieren muß. Will die Aufstellung eines so weiten Umfanges des

¹⁾ Die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. G. Fischer, 1907.

²⁾ l. c.

³⁾ S. 516.

manisch-depressiven Irreseins besagen, daß es sich um Krankheitszustände handelt, die trotz bunter Symptomatologie von dem Gesichtspunkte des Erwachsens auf endogener Basis zusammengehalten werden, so würde dies nur einen Teil der wesentlichen Merkmale umfassen und außerdem vielleicht für viele Fälle unrichtig sein. Will der Begriff in klinischer Beziehung mehr sagen, so wird er für praktische Zwecke, speziell für die der Prognose, gänzlich unbrauchbar. Schon der bis zur Unkenntlichkeit verdünnte Begriff der Periodizität, wie ihn die Kraepelin'sche Schule für ihre Aufstellungen notwendig brauchte, ist von jeher für die Zwecke der Diagnose und Prognose als unpraktisch, ja als bedenklich empfunden worden.

Daß diese allgemeinen Fragen durch eine Häufung von Krankengeschichten und zahlenmäßige Erwägungen beantwortet werden könnten, glaube ich nicht — entgegen der landläufigen Meinung. Jede Krankengeschichte enthält, trotz der besten Absicht der Objektivität des Verfassers, schon zahlreiche Urteile. Wie weit die Einstellung des Blickes auf bestimmte Eigentümlichkeiten, Auffassungen, Fragestellungen, die möglichst objektiv gewollte Darstellung beeinflusst, lehrt z. B. drastisch ein Blick auf alle die Krankengeschichten aus der Zeit, als das Krankheitsbild der Katatonie noch nicht in der heutigen Art bekannt und ausgebaut war. Gewiß findet man in guten Krankengeschichten der älteren Zeit auch einzelne Beschreibungen von Zuständen, die wir heute als katatonisch ansprechen würden, aber der Unterschied des Gesamteindrucks der Darstellung springt doch ohne weiteres in die Augen. Ganz in der gleichen Weise würde zu fragen sein, wo heute die zahlreichen Fälle stecken, die früher als akute halluzinatorische Verworrenheit (Amentia) beschrieben worden sind. Die aus psychiatrischen Anstalten gewonnenen Zahlen beweisen überhaupt für sich allein sehr wenig, da sie auf einem Material basieren, das von ganz bestimmten, aber der Sache selber jedenfalls fremden, Gesichtspunkten aus (Aufnahmebestimmungen), filtriert worden ist. Die meisten Lehrbücher der Psychiatrie sind eigentlich Lehrbücher der Anstaltspsychiatrie und werden der bei weitem größeren Zahl abnormer Zustände, wie sie sich außerhalb der Anstalten abwickeln, nur in ungenügendem Maße gerecht. Überhaupt handelt es sich ja eigentlich gar nicht um beweisbare Tatsachen, sondern um Auffassungen und Deutungen von Tatsachen.

Meines Erachtens ist die Melancholiefrage mit Erwägungen, die speziell der Melancholie gelten, nicht zu erledigen. Sie ist nur eine Teilfrage einer viel allgemeineren Frage nach der Existenz klinisch abzusondernder Krankheitseinheiten überhaupt.

In der Geschichte der Psychiatrie wird die Phase, in der wir uns augenblicklich befinden, zweifellos ein merkwürdiges Kapitel bilden. Wer aus einiger Entfernung einen unbefangenen Blick auf das klinische Arbeitsfeld richtet, muß einen seltsamen Eindruck gewinnen. Lebhaftestes, ehrlichstes Bemühen, ja, man könnte fast sagen: Geschäftigkeit im Werten und Umwerten von Krankheitsbegriffen, ein rasches Ausschlagen des Pendels nach der einen und anderen Seite, rascher Wechsel der Anschauungen und immer wieder ein beneidenswert glücklicher Optimismus in der Schätzung des allerneuesten Besitzes. Welche einschneidenden Wandlungen haben für uns, die wir der mittleren Generation angehören, allein die letzten 20 Jahre gebracht: die Entthronung der Paranoia, das pilzartige Aufschießen und die rasch wachsende Expansion der Dementia praecox, deren Welle jetzt schon wieder im Abflauen begriffen ist, dann die Ausdehnung des manisch-depressiven Irreseins auf sein heutiges Maximum; und alle Enttäuschungen vernichten nicht die Illusion, durch eine bestimmte Technik der wissenschaftlichen Behandlung, nämlich durch Sonderung des Materiales in kleine und kleinste Gruppen von ganz identischen Fällen, zu dem ersehnten Ziele der reinen Krankheitsbilder zu kommen. Man kann sich der Befürchtung nicht erwehren, daß die Gruppen, um wirklich nur Identisches zu umschließen, schließlich so klein werden möchten, daß sie überhaupt nur noch einen einzigen Fall enthalten. Man hat in der heutigen klinischen Psychiatrie, um ein Bild zu gebrauchen, den Eindruck einer großen Zahl fleißiger Arbeiter, die sich in angestrengtester Tätigkeit bemühen, eine trübe Flüssigkeit dadurch zu klären, daß sie sie emsig von dem einen Gefäß in das andere umgießen.

Wer sich selber in seiner klinischen Tätigkeit ohne Voreingenommenheit und ohne Optimismus beobachtet, muß meines Erachtens die Feststellung machen, daß die typischen Fälle immer seltener werden, je mehr man den Glauben an ihre Existenz und damit die Fähigkeit, nicht Passendes zu ignorieren, Fehlendes in die Fälle hineinzusehen, verliert; speziell habe ich persönlich den Eindruck, daß die Notwendigkeit, für den Unterricht einigermaßen typische Fälle auszusuchen, und das Bedürfnis, für das Staatsexamen reinere, durchsichtigere Bilder als Objekte zu benutzen, dem klinischen Lehrer mit ganz besonderer Schärfe zum Bewußtsein bringen muß, wie selten wir wirklich Fälle vor uns haben, die ohne Prokrustesoperation in die parat liegenden Fächer hineinpassen wollen. Gewiß sehen wir einen gewissen Bruchteil von Fällen, die wir ohne wissenschaftliche Skrupel mit den anerkannten Etiketten versehen können. Bei dem größeren Teil aber müssen wir dabei ein schlechtes Gewissen haben. An diesem schlechten Gewissen vermögen auch die landläufigen Trosterwägungen, daß

wir „noch nicht“ die nötige Erfahrung hätten, daß die Zukunft uns bei „weiterer Sonderung“ die fehlende Befriedigung bringen werde usw., nicht viel zu ändern. Wir sollten der Frage, ob das Suchen nach reinen Krankheitstypen nicht die Jagd auf ein Phantom darstellt, ohne Scheu ins Gesicht leuchten. Es ist richtig: eine Art von Denkwang, ein logisch ästhetisches Bedürfnis nötigt uns, nach wohlumgrenzten, in sich geschlossenen einheitlichen Krankheitsbildern zu suchen, aber leider ist hier wie sonst unser subjektives Bedürfnis noch kein Beweis für die Realität des Ersehnten, für das tatsächliche Vorkommen der reinen Typen in der Wirklichkeit.

Ich möchte hier nicht mißverstanden werden. Natürlich rede ich im Augenblick nicht von all denjenigen Seelenstörungen, die eine organisch nachweisliche Basis haben, oder von denen wir mit gutem Grunde annehmen, daß sie eine solche Basis haben müssen, weil sie mit faßbaren Ausfallserscheinungen einhergehen oder endigen. Für alles, was mit Defekt endigt, ist wenigstens eine pathologisch-anatomische Einheit möglich und wahrscheinlich. Aber gerade diejenigen Formen von Seelenstörungen, für welche wir eine solche anatomische Basis teils kennen, teils voraussetzen, sind in dem Zusammenhang dieser Erwägungen besonders instruktiv. Gerade die mit Defekt ausgehenden Zustände, speziell die Fälle von Dementia paralytica, Dementia senilis und Dementia praecox (letztere, soweit sie den Namen „Demenz“ wirklich verdienen), zeigen, daß sie in besonderem Maße die Neigung haben, symptomatologisch in allen möglichen Farben zu schillern. Alle, oder wenigstens fast alle sonst selbständig vorkommenden Krankheitszustände mit Stimmungsanomalien, Sinnestäuschungen usw. treten bei diesen chronischen organischen Hirnkrankheiten auf. Der groben anatomischen Veränderung entspricht im Groben die immer wiederkehrende Reihe derjenigen klinischen Erscheinungen, die das Krankheitsbild als roter Faden durchziehen, nämlich der fortschreitende Verfall der psychischen Persönlichkeit, während der anatomische Prozeß im übrigen von den verschiedensten Symptomen und Symptomkombinationen begleitet wird. Erwägungen dieser Art haben es mir schon lange grundsätzlich im höchsten Maße zweifelhaft gemacht, ob wir überhaupt irgendwelche Hoffnung haben, aus der pathologischen Anatomie Hilfe für die Sonderung unserer Krankheitsbilder im allgemeinen zu bekommen, namentlich da alle lokalisatorischen Bemühungen den größten prinzipiellen Bedenken begegnen. Speziell habe ich dabei den Gesichtspunkt, daß möglicherweise Erkrankungen derselben Systeme von Fasern oder Zellen, je nach der Art des Prozesses, Grundlage der verschiedenartigsten psychischen abnormen Äußerungsformen sein können.

In ähnlicher Weise könnte man die klinischen Erfahrungen aus dem Gebiet der toxischen Psychosen, etwa der Alkoholpsychosen, als ein Argument gegen die Wahrscheinlichkeit der Existenz reiner klinischer Krankheitsbilder verwerten wollen, da gerade sie bei im übrigen gleicher Schädlichkeit den ungeheueren Einfluß der individuellen zerebralen Beschaffenheit demonstrieren.

Das klinische Gebiet, dem diese grundsätzlichen Zweifel an der Existenz von geschlossenen Krankheitseinheiten gelten, würde, wenn es genauer umgrenzt werden soll, alle der Erfahrung nach und im Prinzip heilbaren, d. h. einen günstigen Ausgang erreichenden, Seelenstörungen umfassen, die sich aus den Symptomen der Stimmungsanomalien, der Sinnestäuschungen, der Wahnideen, aus Zuständen von Erregung, Hemmung usw. zusammensetzen, soweit dieselben nicht nachweislich oder wahrscheinlich organisch bedingt sind. Es ist nicht richtig, daß mit solchen Zweifeln ein klassifikatorischer Nihilismus verkündet werden soll; es handelt sich nicht um Zertrümmern, sondern um Aufbauen, wenn auch vielleicht nicht von den üblichen Gesichtspunkten aus. Selbstverständlich glaube ich, genau so wie Sie alle, an irgendwelche vorhandene und auch an irgendwie wissenschaftlich erkennbare Gesetzmäßigkeiten in Gestaltung und Verlauf der Seelenstörungen; nur glaube ich, daß man diese Gesetzmäßigkeiten nicht dort finden wird, wo man sie bisher immer wieder vergeblich gesucht hat.

Die bisherigen großen Krankheitsbilder haben sich, das wird heute kaum jemand im Ernste bestreiten wollen, als zu ausgedehnt erwiesen, um Einheiten darzustellen. Die einzelnen Elementarsymptome wiederum sind zu klein. Ich glaube nun, daß wir weiter kommen werden, wenn wir den Versuch machen würden, Einheiten zweiter Ordnung zu finden. gewisse immer wiederkehrende Symptomverkuppelungen, die wir sehen lernen werden, wenn die Aufmerksamkeit erst darauf eingestellt sein wird. Allerdings werden wir unsere Ansprüche im Vergleich zu den bisher erstrebten Zielen wesentlich herabstimmen müssen; eine resignierende Bescheidung wird notwendig sein — ein für den einzelnen etwas schmerzhafter Akt, den ich persönlich hinter mir habe.

Ein kurzer Blick auf die Entwicklung einiger Krankheitsbegriffe, die jetzt bis zu einem gewissen Grade abgeschlossen und zur Ruhe gekommen sind, wird leicht zeigen, in welcher Richtung sich die Möglichkeiten, die ich im Auge habe, bewegen. Es gab einmal eine „Krankheit“ Hypochondrie. Lange Zeit hindurch ist sie als selbständiges Bild in den Lehrsystemen geführt worden; noch heute wird gelegentlich, vereinzelt, das Vorkommen ihrer Selbständigkeit behauptet. In der Hauptsache aber sind alle hypochondrischen Krankheitsbilder als Zustandsbilder erkannt

worden, die unter den verschiedensten Umständen und in Zugehörigkeit zu den verschiedensten, z. T. anatomisch begründeten, Krankheitseinheiten zur Beobachtung kommen. Von all dem ist eines gar nicht berührt worden, das nämlich, was wir in adjektivischer Form als „hypochondrisch“ bezeichnen. Die regelmäßig wiederkehrende Symptomverkuppelung, das hypochondrische Syndrom: objektiv unbegründetes Krankheitsgefühl, Neigung zu wahnhafter Auffassung der Vorgänge des eigenen Körpers, depressive Stimmungslage — das stellt eine Einheit zweiter Ordnung dar, über deren Erkennbarkeit in klinischer Beziehung zwischen kompetenten Beurteilern keine Zweifel bestehen.

Einen ähnlichen Entwicklungsgang, der allerdings noch nicht zu einem solchen Stadium des Abschlusses wie die Hypochondrie gelangt ist, nimmt die Lehre von der Neurasthenie. Auch hier ist die frühere große Krankheitseinheit zertrümmert und aufgeteilt worden. Wir wissen, daß Fälle erworbener krankhafter Nervenschwäche verhältnismäßig selten rein vorkommen, wir sind aber untereinander darüber leicht im reinen, welche immer wiederkehrenden bestimmten Symptome das Adjektiv „neurasthenisch“ umfaßt.

Die Hysterie geht meines Erachtens dem gleichen Schicksal entgegen. Niemand, der die Dinge unbefangen zu sehen imstande ist, kann eigentlich noch von einer Krankheit Hysterie sprechen. Möglicherweise haben gerade diejenigen psychischen Eigentümlichkeiten, die als am meisten charakteristisch für die Hysterie als Krankheit gegolten haben, und die unter dem Namen des hysterischen Charakters zusammengefaßt werden, gar keine notwendigen Beziehungen zu den eigentlichen hysterischen Seelenzuständen. Die hysterische Lähmung einer Extremität, nach einem Unfall z. B., bei einem im übrigen früher und später wieder in geistiger Beziehung gesunden Individuum, hat so gut wie gar nichts zu tun mit denjenigen Erscheinungen, die unter dem Sammelnamen der hysterischen Charakterdegeneration die Geduld der Angehörigen und der Ärzte erschöpfen. Bei der Hysterie ist noch keine endgültige Sonderung in dem Sinne eingetreten, daß wir alle unter dem Adjektiv „hysterisch“ denselben Symptomeninhalt verständen. Die Entwicklung wird aber wohl dazu führen, daß wir dieses Wort schließlich reservieren werden, um im Sinne von Möbius nur den psychogenen Charakter von Krankheitserscheinungen zum Ausdruck zu bringen. Auch hier ist nach dem Zerfall der größeren Einheit erster Ordnung eine kleinere Einheit zweiter Ordnung übrig geblieben.

Ich glaube, daß sich auf dem Gebiete der Psychosen im engeren Sinne in dem vorhin umgrenzten Umfange eine diesen Entwicklungen

analoge Betrachtungsweise als fruchtbar erweisen wird. Es ist sicherlich bemerkenswert, wie geringe Veränderungen verhältnismäßig die allgemeine Psychiatrie im Vergleich zur speziellen im Laufe des letzten Menschenalters erfahren hat. Einzelne Wandlungen der Ansichten, einzelne Bereicherungen der Symptomatologie sind wohl zu verzeichnen; im großen und ganzen aber ist der Lehrstoff in seinen Hauptpunkten unverändert geblieben. Wir sollten daraus die Lehre ziehen, daß wir gut daran täten, uns mehr auf den tatsächlichen gemeinsamen Besitz zu besinnen und nicht unsere Arbeitskraft in einem Suchen nach idealen, aber nicht erreichbaren Krankheitseinheiten zu verbrauchen. Daß wir im allgemeinen für die Zwecke der praktischen Beurteilung der Geistesstörungen (abgesehen von der Prognose), mit dem der Psychiatrie gemeinsamen Besitz an Erfahrungstatsachen auskommen, sehen wir täglich. Es ist, wie mich die Erfahrung gelehrt hat, auch sehr wohl möglich, das für den praktischen Arzt notwendige Wissen über Psychiatrie im Unterricht zu vermitteln und im Staatsexamen festzustellen im wesentlichen auf der Grundlage der unumstrittenen Tatsachen der allgemeinen Psychiatrie, wenigstens wiederum in dem vorhin skizzierten Umfange der funktionellen Psychosen. Daß wir das Handeln des Kranken voraussehen können, daß wir aus gewissen an sich unbedeutenden Zügen doch in der Regel bald ein Bild des inneren geistigen Geschehens bei einem gegebenen Individuum gewinnen können, beruht sicherlich nicht auf der Existenz von Krankheitstypen, sondern auf viel allgemeineren Erfahrungen, die von der Frage der Etikettierung dieser Zustände ganz unabhängig sind. Die Beurteilung von Wahnsystemen, des Inhalts von Sinnestäuschungen, der Richtung der Stimmungsanomalien, der zu erwartenden Art der Erregung usw. beruht doch darauf, daß bestimmte gesetzmäßig wiederkehrende Symptomverkuppelungen uns bekannt sind. Auf derselben Tatsache, nicht auf dem Vorhandensein von Krankheitstypen, beruht die gesetzmäßige Ähnlichkeit der Ideenäußerungen und Handlungen zahlreicher Geisteskranker der verschiedensten Zeiten und verschiedensten Länder.

Ein Teil solcher Symptomverkuppelungen ist uns längst bekannt. Darüber, was wir in adjektivischer Form „manisch“, „delirant“, „paranoisch“, „katatonisch“, „melancholisch“ usw. nennen, sind wir nicht im Zweifel. Sicherlich wird es möglich sein, in sehr viel größerer Zahl solche Syndrome kennen zu lernen, aus deren Zusammentreten dann das sich entwickelt, was uns heute in manchen Fällen als klinische Krankheitseinheit imponiert. Gewisse dieser Syndrome liegen im normalen Seelenleben vorgebildet parat, wie z. B. das, was wir als melancholisch, manisch, paranoisch bezeichnen. Möglicherweise besteht das Wesen der psychopathischen Be-

lastung in einem besonders leichten Eintreten von solchen präformierten, durch ihre Stärke pathologisch werdenden Syndromen. Alle mit Defekt einhergehenden Seelenstörungen wie die Paralyse, die senile Demenz, die Dementia praecox, sind imstande, episodisch und wechselnd Syndrome der verschiedensten Art in die Erscheinung treten zu lassen. Bei den sogenannten funktionellen Psychosen beherrschen sie als wesentlicher Bestandteil das Krankheitsbild dauernd, aber ausgleichbar.

Wenn wir diese hier nur vorläufig skizzierten Gesichtspunkte auf unsere heutige Fragestellung anwenden, so würden wir es als wahrscheinlich bezeichnen müssen, daß vom Krankheitsbilde der Melancholie das, was wir in adjektivischer Form „melancholisch“ nennen, unantastbar sein wird. Es ist dies auch tatsächlich im ganzen Verlaufe der zahlreichen klinischen Schwankungen niemals angezweifelt worden. Im übrigen aber werden wir uns mit der Feststellung begnügen müssen, daß unendliche Möglichkeiten der Gestaltung und des Verlaufs im einzelnen vorliegen. Wenn der Name „manisch-depressiv“ die nahe innere Verwandtschaft der beiden Stimmungsgegenpole theoretisch zum Ausdruck bringen will, so ist dagegen nichts einzuwenden. Als Krankheitseinheit aber und damit als eine diagnostisch und prognostisch brauchbare Bezeichnung ist dieser Name abzulehnen. Anzuerkennen bleibt, daß der Melancholie die Disposition zur Periodizität in hohem Maße innewohnt. Aber das Adjektiv „periodisch“ sollte reserviert bleiben für Fälle, in denen die Periodizität einen Gesichtspunkt im Leben abgibt, einschneidende Bedeutung gewinnt. Wir dürfen wohl mit einem gewissen Recht die Neigung zur Periodizität, sei es in der einen oder anderen Form, rein oder zirkulär, vorwiegend als einen Ausdruck der psychopathischen Veranlagung betrachten. Ob diese immer eine notwendige Voraussetzung ist, darüber sind wir noch nicht orientiert. Sicher ist, daß wir die reinsten Fälle periodischer Art offenkundig auf dem Boden erblicher Prädisposition erwachsen sehen. Als weitere Tatsache wird zu gelten haben, daß die Melancholie gerade wegen ihrer nahen Verwandtschaft mit dem normalen psychischen Geschehen mehr als andere Seelenstörungen von Alter, Geschlecht und persönlichem Temperament ihr Gepräge erhält und somit auch in der Involutionsperiode ganz besondere Züge aufweist.

Die eigentliche heutige Frage des Verhältnisses der Involutionsmelancholie zum manisch-depressiven Irresein erweist sich nach alledem als tatsächlich gegenstandslos. Sie wird nicht beantwortet, weil sie meines Erachtens nicht beantwortet werden kann, und sie kann nicht beantwortet werden, weil diese Frage überhaupt hinter der sehr viel allgemeineren nach der Existenz reiner klinischer Krankheitseinheiten im alten Sinne verschwindet.

Zur klinischen Stellung der Paranoia.

Von Dr. **Karl Wilmanns.**

Die Geisteskrankheiten lassen sich in drei große Gruppen teilen: einmal in die Psychosen, die sich als Äußerung einer organischen Hirn-erkrankung entwickeln — wobei es zunächst gleichgültig bleiben mag, ob wir die anatomische Grundlage bereits kennen, oder nur voraussetzen dürfen —, hierher zählen hauptsächlich die organischen Imbezillitäten und Idiotien, die genuinen Epilepsien, die Paralyse und Lues cerebri, die Arteriosklerose und die senilen Psychosen und endlich die juvenilen Verblödungsprozesse. Die zweite Gruppe wird gebildet von den akuten und chronischen Vergiftungen, vorzüglich von dem Alkoholismus und Morphinismus und ihren Psychosen. Die dritte Gruppe endlich umfaßt die degenerativen Geisteszustände. Sie nimmt den beiden anderen Gruppen gegenüber eine Sonderstellung ein. Jene begreifen Zustände in sich, die, mögen sie nun organischen oder toxischen Ursprungs sein, ausgesprochen krankhafter Natur und wenigstens theoretisch scharf von der normalen Geistesartung zu trennen sind. Die dritte Gruppe hingegen umfaßt die psychischen Mißbildungen, die minderwertigen Variationen der Norm. Wie jede Spielart mit der Stammesart durch zahlreiche Glieder verknüpft ist, so sind auch die degenerativen Geisteszustände durch mannigfache Übergänge mit dem normalen Typus verbunden. Gesundheit und Krankheit sind daher auf diesem Gebiete auch theoretisch nicht scharf voneinander abgrenzbar. Die degenerativen Geisteszustände sind aber auch unter sich durch zahlreiche Brücken verbunden, und eine Einteilung in mannigfaltige Typen hat daher nur einen orientierenden Wert. Wenn wir die psychischen Degenerationen in die Imbezillität als angeborene Entwicklungshemmung, die moral insanity, die epileptoide Geistesartung, die Dipsomanie, den hysterischen Charakter, die Pseudologia phantastica, die manisch-depressive und zylothyme Veranlagung, die konstitutionelle Depression und Erregung, die Neurasthenie, die Psychasthenie usw. einzuteilen versuchen, so wollen wir darunter keine Krankheitsbilder, keine Krankheitseinheiten, sondern lediglich Typen verstanden wissen, die sich untereinander nicht scharf umgrenzen, miteinander in mannigfaltiger Weise vereinigen und durch Aufstellung weiterer Typen noch wesentlich vermehren lassen. Vor allem aber stellt die degenerative Veranlagung nicht das Unwandelbare und Starre der organischen und toxischen Psychosen dar. Während jene durch äußere Momente nur in beschränktem Maße zu beeinflussen sind, gewinnen bei

diesen Eindrücke und Erfahrungen zumal in der Jugend einen bestimmenden Einfluß auf ihre weitere Entwicklung, so daß z. B. viele Fälle von moral insanity, von epileptoider Veranlagung und anderen Psychopathien zweifellos nicht so sehr auf einer kongenitalen Anomalie allein beruhen als vielmehr auf einer durch ungünstige Milieueinflüsse erzeugten Verirrung einer krankhaften Veranlagung. Auf dem Boden dieser verschiedenartigen Degenerationsformen entwickeln sich charakteristische Syndrome, akute Reaktionen auf affektbetonte Erlebnisse oder subakute und schleichende krankhafte Entwicklungen. Als Typus der ersteren kennen wir die pathologischen Affekte, die epileptoiden und psychogenen Dämmerzustände, die akuten Haftpsychosen; als ein häufiges und kennzeichnendes Beispiel der letzteren mögen gewisse Formen der Hypochondrie dienen¹⁾.

Ich habe diese Einteilung der Psychosen nicht gebracht, um ihre Vorzüge und Schwächen zu erörtern, sondern — in der Erwartung, daß man ihre Berechtigung in großen Zügen anerkennen werde — um die Frage aufzuwerfen: wie ist die Stellung der Paranoia in dieser Konstruktion. Ist sie in die erste oder die dritte Gruppe einzugliedern, d. h. ist die Paranoia die psychische Äußerung einer organischen Gehirnerkrankung, oder ist sie als die Mißentwicklung einer krankhaften Veranlagung anzusehen.

Kraepelin²⁾ bezeichnet als das Charakteristische der Paranoia die langsame Entwicklung eines dauernden, grundsätzlich unerschütterlichen Wahnsystems, bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln. Die Psychose ist unheilbar, der Wahnausbau schreitet ständig fort und noch nach Jahrzehnten erfolgt eine allmähliche Weiterentwicklung des Wahnsystems bei gleichzeitiger Entstehung einer langsam zunehmenden geistigen Schwäche und eines Nachlasses der geistigen Regsamkeit. Als eine echte Paranoia eigenartiger Färbung betrachtet Kraepelin mit anderen den Querulantenwahn, der gewöhnlich an einen wirklichen Nachteil anknüpft und dessen Grundzug von der Vorstellung der rechtlichen Benachteiligung gebildet wird. Die weitere Entwicklung hat er mit der Paranoia im eigentlichen Sinne gemein, auch der Querulantenwahn hat einen chronischen Verlauf und ungünstigen Ausgang. Der Kranke hält an seinen Wahnideen fest und baut sie weiter systematisierend aus, aber gleichzeitig entsteht eine deutliche Zunahme seiner geistigen Schwäche, seine Eingaben und Reden werden immer eiförmiger und zusammenhangsloser, seine Erregbarkeit nimmt ab. Er wird stumpf, harmlos und gutmütig. Die Paranoia sowie der Querulanten-

¹⁾ Vgl. Wilmanns: Gefängnispsychosen. Alt'sche Sammlung. Halle, 1908.

²⁾ E. Kraepelin, Psychiatrie. 7. Aufl.

wahn sind rein endogene Erkrankungen; für diesen ist der Rechtsstreit ohne Zweifel nur der letzte Anstoß zum Ausbruch einer gewissermaßen latenten Psychose von gesetzmäßigem Verlauf und Ausgang in charakteristische geistige Schwäche.

Hitzig¹⁾ verfiert in seiner Monographie einen ähnlichen Standpunkt hinsichtlich des Querulantenwahns. Er bezeichnet ihn als eine Form der chronischen Verrücktheit, als eine Allgemeinerkrankung der psychischen Persönlichkeit, die sich einerseits in Bildung von krankhaften wahnsinnigen Vorstellungen zu erkennen gibt, andererseits in Defekten der Bildung und Verknüpfung normaler Vorstellungen, also in einem die Korrektur der Wahnvorstellungen behindernden psychischen Schwächezustand. Dieser kann in einen dem normalen Verhalten nachbarlichen Zustand übergehen, kann aber auch die Gestalt ausgesprochenen Blödsinns annehmen und ist mit größter Wahrscheinlichkeit auf feine anatomische Veränderungen des Gehirns zurückzuführen.

Kann diese Auffassung der Kritik standhalten? Zur Beurteilung der Frage eignen sich ganz besonders jene häufigen Fälle von Querulantenwahn, deren Entstehungsbedingungen am klarsten vor uns liegen, nämlich diejenigen, die sich bei dazu veranlagten Persönlichkeiten in der Haft, im Anschluß an die Verurteilung oder unter dem frischen Eindrucke einer tatsächlichen oder noch häufiger irrtümlich aufgenommenen Schädigung entwickeln. Die Bilder sind so außerordentlich kennzeichnend, daß sie oft als Musterbeispiele Kraepelin'schen Querulantenwahnsinns gelten dürfen. Was sie jedoch von ihnen scharf zu unterscheiden scheint, ist ihr weiterer Verlauf. Denn gelingt es die Kranken aus dem schädigenden Milieu, etwa durch Überführung in ein Krankenhaus zu entfernen, so tritt schnell eine Beruhigung und eine Besserung des Zustandes ein. Freilich halten sie auch dann noch an der Realität der im Gefängnis geäußerten Wahnvorstellungen hartnäckig fest, die Entwicklung des Wahns nimmt aber meist sofort ein Ende. Werden sie jetzt in die Freiheit entlassen, so blaßt der affektbetonte Komplex soweit ab, daß er keinerlei Einfluß auf das Denken und Handeln des Kranken mehr ausübt. Erst wenn dieser aus irgendeinem Grunde wieder unter die Schädigungen der Strafhaft versetzt wird, tauchen die alten Vorstellungen leicht wieder auf und auch die neue Umgebung wird in das Wahnsystem hineinbezogen. Wir vermissen also hier eine aus inneren Gründen gesetzmäßig fortschreitende Entwicklung der Erkrankung, vielmehr ist sie in ihrem Fortschreiten von äußeren Einflüssen in ausgesprochenstem Maße abhängig.

¹⁾ E. Hitzig, Über den Querulantenwahnsinn. 1895.

Diese Beobachtungen haben Bonhöffer¹⁾, Siefert²⁾ u. a. zu der Ansicht geführt, daß diese Psychosen und überhaupt der Querulantenwahn Kraepelin's nicht als eine Erkrankung im eigentlichen Sinne anzusehen seien, sondern als eine von äußeren Einflüssen stark abhängige und psychologisch wohl verständliche Entwicklung einer besonderen geistigen Veranlagung. Die Anschauung deckte sich mit der Ansicht, die ich mir auf Grund des Heidelberger Materials von dem Querulantenwahnsinn gebildet hatte³⁾. Die Formen des freien Lebens und die der Strafanstalt sind klinisch gleichwertig, jene sind aber die Entwicklung meist schwerer Grade der Entartung als diese, die das Resultat von Entartung und der Wirkung eines anerkannt schädlichen Milieus sind. Eine Bestätigung dieser Anschauung glaubte ich in der überraschend häufigen Verbindung des Querulantenwahnsinns mit anderen Zeichen der Entartung zu sehen, mit hysterischen Lähmungen, Ganserschen Dämmerzuständen und andern Haftpsychosen, Unfallsneurosen usw., sowie in der Häufigkeit, mit der sich der Querulantenwahnsinn auch bei Unfallverletzten und Rentenjägern entwickelt und endlich in seiner Neigung zu psychischer Infektion.

Meine Ansicht wurde erschüttert durch die Beobachtung eines in der Freiheit erkrankten Querulanten, bei dem die Krankheit seit nunmehr bald 25 Jahren besteht und bei dem sich im Laufe der Zeit ein gespreizt schrulliges Wesen, eine entschiedene Abnahme der geistigen Regsamkeit, Einschränkung der Interessen, Verlust jeder Neigung zu nutzbringender Tätigkeit, Ablassen der Beeinträchtigungsideen und eine Fülle von Größenideen und gleichsinnigen Erinnerungsfälschungen eingestellt hat. Das Auftreten derartiger Symptome schien mir in dieser Schwere mit der Annahme einer psychologisch verständlichen, krankhaften Entwicklung eines Psychopathen nicht ohne weiteres vereinbar zu sein. Vielmehr sprach diese Beobachtung für die Existenz einer Form des Querulantenwahnsinns, die, von der heilbaren der Haft verschieden, aus inneren Ursachen fortschreitend zu einem eigenartigen Schwächezustand führt. Oder aber die an sich heilbaren Formen der Strafhaft müßten die gleiche ungünstige Entwicklung nehmen, wenn ihnen keine Gelegenheit zur Heilung gegeben, d. h. wenn die Schädigungen der Haft chronisch werden. Das scheint nun in der Tat der Fall zu sein; wie Rüdin⁴⁾ gezeigt hat, haben die Fälle von Querulantenwahnsinn, die bei lebenslänglich Verurteilten entstehen, zum großen Teil diesen Verlauf. Auch bei ihnen entwickelte sich im Laufe der Jahre eine

¹⁾ Bonhoeffer, Klin. Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle, 1907.

²⁾ Siefert, Über die Geistesstörungen der Strafhaft.

³⁾ Siehe mein Referat über Siefert's Buch. Gaupp's Zentralblatt, 1907, S. 417.

⁴⁾ Rüdin, Die Psychosen der Lebenslänglichen. Habilitationsschrift, 1909.

Abnahme der geistigen und gemüthlichen Regsamkeit, eine gewisse Gespreiztheit, Verfolgungsideen, die sich nicht ohne weiteres mehr in den Rahmen des quärlatorischen einfügen lassen und in einem Falle auch ausgesprochene Größenideen.

Der Querulantenwahnsinn ist demnach keine endogene, aus inneren Ursachen heraus sich entwickelnde geistige Störung von unter allen Umständen progredienten Charakter, sondern die durch ein affektbetontes Erlebnis bewirkte krankhafte Entwicklung einer bestimmten degenerativen Anlage. Seine Prognose ist in erster Linie abhängig von der Möglichkeit, das auslösende affektbetonte Erlebnis im Vorstellungsleben des Kranken zurücktreten zu lassen. Gelingt es, so erfolgt keine Weiterentwicklung des Wahns, ist das nicht möglich, so schreitet die Krankheit fort, und zwar meist unter Einhaltung gewisser Gesetzmäßigkeiten.

Wie ist nun die Paranoia im inneren Sinne von diesem Gesichtspunkte aus zu beurteilen? Auch für die Entscheidung dieser Frage gehen wir am besten von Fällen aus, die sich unter schädigenden Milieueinflüssen auf einen bestimmten, mit starkem Affekt verbundenen Vorgang hin entwickelten und die unserem psychologischen Verständnis am nächsten liegen, nämlich wiederum die in der Haft entstandenen. Diese Fälle von Verfolgungswahn, die im Anschluß an irgendein erregendes Erlebnis im Strafvollzug sich entwickelten, sind nicht selten. Häufiger als man nach den Birnbaum'schen Ausführungen über die wahnhaften Einbildungen bei Degenerativen zunächst annehmen sollte. Birnbaum¹⁾ hat in seinem Bestreben, die wahnhaften Einbildungen der Degenerativen differentialdiagnostisch von der Paranoia Kraepelin's, d. h. von einem die ganze Persönlichkeit umwandelnden, und das ganze Leben schwer und nachhaltig betreffenden und nach bestimmten Gesetzen verlaufenden, unheilbaren Prozesse zu trennen, diese Fälle in seinen Erörterungen in den Hintergrund treten lassen und seine Ausführungen sicher zu einseitig auf den phantastischen Wahnvorstellungen aufgebaut. Die Paranoia der Haft ist in ihrer Entwicklung und ihrer Erscheinungsform von der Paranoia Kraepelin's nicht zu trennen; auch hier handelt es sich um ein mehr oder weniger langsam sich entwickelndes, dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Klarheit der Ordnung im Denken, Handeln und Wollen. Wie bei der in der Haft einsetzenden Paranoia querulatoria stellen wir jedoch auch in diesen Fällen einen entscheidenden Einfluß des Milieus auf die Entwicklung der Erkrankung fest: die Aufhebung der schädigenden Einflüsse, die Überführung in eine geeignete Umgebung läßt die affektbetonten Ergebnisse abblassen und unterbricht

¹⁾ K. Birnbaum, Psychosen mit Wahnbildung usw. Halle, 1908.

den weiteren Ausbau des Wahns. Die Kranken bleiben zwar mehr oder weniger uneinsichtig für ihre Wahnideen, lassen diese aber keinen Einfluß auf ihre Entschlieûungen mehr ausüben. Daß analoge Fälle mit dem gleichen günstigen Ausgang auch in der Freiheit beobachtet werden, lehren die überzeugenden Krankengeschichten Friedmann's¹⁾. Auch bei seinen Kranken hatte sich im Anschlusse an ein aufregendes und für sie wichtigeres Vorkommnis allmählich und unter wachsender Erregtheit ein systematisierter Wahn mit krankhafter Eigenbeziehung entwickelt, und auch hier war ein äußeres Eingreifen, Wechsel des Milieus, ärztlicher Einfluß von Erfolg auf den Verlauf der Erkrankung. Ich kann diese Beobachtungen aus eigener Erfahrung in der Privatpraxis vollkommen bestätigen. Es handelt sich also auch bei diesen Paranoiefällen nicht um Krankheiten im eigentlichen Sinne, sondern um pathologische Reaktionen, pathologische Entwicklungen von Persönlichkeiten einer bestimmten Veranlagung.

Ist nun die echte, progrediente Paranoia von diesen Bildern prinzipiell zu trennen? Bereits Friedmann hat sich diese Frage vorgelegt und ist zu dem Schlusse gekommen, daß wohl nur der Grad der abnormen Veranlagung in den heilbaren Fällen eine mildere sei als bei der unheilbaren chronischen Paranoia. Zweifel an der Richtigkeit dieser Anschauung könnten sich auf Grund des Umstandes ergeben, daß sich im Verlauf der chronischen Paranoia eine deutliche Abnahme der geistigen Regsamkeit geltend macht, eine Einschränkung des Interessengebiets, ein Verlust der Spannkraft und der affektiven Betonung, der Wahnideen, trotzdem sie immer glühender und absurder sich gestalten. Daß uns dieses Verhalten, trotzdem es unserem psychologischen Verständnis nicht so eingeht wie die Entwicklung der Krankheit an der Auffassung der Paranoia als der pathologischen Entwicklung einer abnormen Veranlagung nicht irre machen darf, lehrt uns jedoch der Verlauf des Querulantenwahnsinns unter Verhältnissen, die seiner Heilung widerstehen. Und in der Tat handelt es sich doch bei der Paranoia persecutoria oder querulatoria lediglich nur um verschieden gefärbte Bilder derselben pathologischen Entwicklung, und Krankheitsfälle, bei denen sich die Symptome beider Bilder in inniger Weise miteinander mischen, sind ja auch durchaus nicht selten. Ein Beweis für die Richtigkeit unserer Auffassung der Paranoia würde der Nachweis sein, daß auch die erfahrungsgemäß meist heilbaren Fälle der Strafhafte bei lebenslänglich internierten im Laufe der Jahre und Jahrzehnte die Entwicklung der chronischen Paranoia des freien Lebens nehmen. Überzeugende Beobachtungen dieser Art stehen aber zurzeit noch aus.

¹⁾ Friedmann, Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XVII.

Jedenfalls glaube ich auf Grund dieser Erwägungen schon jetzt die Ansicht aussprechen zu dürfen, daß die echte Paranoia und der Querulantenwahnsinn Kraepelin's nicht Erkrankungen im engeren Sinne, d. h. nicht die Äußerung einer organischen Gehirnveränderung, sondern vielmehr die auf ein mehr oder weniger affektbetontes Erlebnis hin einsetzende Verirrung der Entwicklung bestimmter Degenerationsformen sind. Dabei muß es allerdings unentschieden bleiben, ob nicht der Schilderung, die Kraepelin von der Paranoia entworfen hat, auch Fälle zugrunde liegen, die der Dementia praecox-Gruppe, oder den präsenilen und senilen Psychosen angehören, oder überhaupt eine Sonderstellung beanspruchen.

Ich kann meine Ausführungen nicht schließen, ohne wenigstens mit einem Worte auf eine Arbeit G. Specht's einzugehen, die unsere Frage aufs engste berührt. Specht weist in seinem Aufsatz „Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia“¹⁾ darauf hin, daß sich bei Manisch-Depressiven, wie bereits von verschiedensten Seiten betont worden ist, paranoide Zustandsbilder sich entwickeln können, die der Paranoia symptomatisch zum mindesten außerordentlich nahe stehen — daß ferner der Querulantenwahnsinn und die Paranoia nicht nur die Stimmungsanomalie, sondern das ganze Inventarium der Manie aufweisen, den Rede- und Schreibdrang, die allgemeine Ruhelosigkeit und Vielgeschwätzigkeit, den leichtflüssigen und abschweifenden Gedankengang, die Schlagfertigkeit — und endlich, daß bereits der Boden, auf dem sich diese Erkrankungen entwickelten, das ganze Rüstzeug der Manie in sich enthalte und daß nur die manische, resp. manisch-melancholische Geistesverfassung' des geborenen Paranoikers und die Konzeption, die Verarbeitung und den Ausbau der Verfolgungsidee verständlich mache. Die Paranoia sei somit die Reaktion eines manisch-melancholisch Veranlagten auf ein affektbetontes Erlebnis und somit eine manisch-depressive Psychose. — Specht wird für seine Anschauung kaum Anhänger gewinnen, ja sie wird wohl allgemein entschieden abgelehnt werden, obschon seine Ansicht diskutabel erscheint. Die manisch-depressive Veranlagung ist ein Degenerationszustand und als solcher durch Zwischenglieder, der Zykllothymie, der konstitutionellen Erregung und Depression mit der Norm fließend verbunden. Die paranoide Veranlagung ist — wenigstens in vielen Fällen — eine Geistesartung, die der konstitutionellen Erregung zum mindesten nahe verwandt ist, und scharfe Grenzen bestehen zwischen ihnen nicht. Unter diesen Voraussetzungen ist es wohl verständlich, wenn Specht die Reaktion einer solchen Veranlagung auf ein affektbetontes Erlebnis kurzweg als manisch-depressive Psychose aufgefaßt haben will, zumal jene gewisse Symptome mit der Manie gemein hat.

¹⁾ Vgl. Gaupp's Zentralblatt, 1908.

Allein gegen diese Anschauung läßt sich doch manches einwenden. Zunächst trifft es nicht zu, daß die Verrücktheit sich stets auf dem Boden einer der konstitutionellen Erregung verwandten Veranlagung entwickelt; vielmehr neigen andere Psychopathien, z. B. die epileptoide Degeneration und die hysterische Veranlagung zu der gleichen krankhaften Entwicklung. Und andererseits bestehen zwischen den Paranoiaformen selbst und den manisch-depressiven Psychosen doch sehr gewichtige Unterscheidungsmerkmale, die eine Vereinigung beider Begriffe durchaus untunlich erscheinen lassen: Der Affekt des Paranoikers ist im Gegensatz zum paranoiden Manisch-Depressiven eng begrenzt und beschränkt sich im wesentlichen auf den paranoiden Vorstellungskomplex, — der Einfluß des affektbetonten Erlebnisses auf die Entwicklung der Störung ist viel klarer und eindeutiger als beim manisch-depressiven Irresein; vermag man doch nicht selten durch Aufhebung eines schädigenden Milieus in vielen Fällen fast experimentell einen Stillstand der Wahnbildung und ein Ablassen der Wahnideen zu erreichen — gelingt es nicht, die affektbetonten Erlebnisse in ihrer Wirksamkeit abzuschwächen und wird die Wahnbildung chronisch, so erfolgt sie in einer Gesetzmäßigkeit, die sich von manisch-depressiven Bildern immer mehr entfernt.

Das eingehende klinische Studium, das die Haftpsychosen von den verschiedensten Seiten erfahren haben, hat uns die Orientierung in der klinischen Psychiatrie erleichtert und uns auch in der Erkenntnis der Formen des freien Lebens wesentlich gefördert. So wird auch die Feststellung, daß den krankhaften Entwicklungen pathologischer Persönlichkeiten ein Ausgang eigentümlich sein kann, der gewisse Zeichen trägt, die wir geneigt waren als für organische Psychosen charakteristisch zu erachten, die Revision einer kleinen Gruppe der paranoiden Dementia praecox erheischen.

Mit Befriedigung kann festgestellt werden, daß gerade das Studium der Haftpsychosen das Verständnis der verschiedenen psychiatrischen Schulen für ihre wissenschaftlichen Bestrebungen wesentlich gefördert hat und die Entwicklung der klinischen Psychiatrie eine bestimmte Richtung einschlägt: überall macht sich das Streben geltend, die bunte Gruppe der Dementia praecox einzuschränken und in der Mannigfaltigkeit der bisher vernachlässigten degenerativen Geistesstörungen Typen aufzustellen, die zwar nicht den Wert umschriebener Krankheitseinheiten haben und nicht haben können, aber die Orientierung auf diesem Gebiete wesentlich erleichtern.

II. Vereinsberichte.

Société de Neurologie de Paris (6. V. 1909).

(Rev. Neur. XVII, Nr. 10.)

Brissaud et Sicard: Méningite ambulatoire postérieure.

Wird an anderer Stelle referiert.

M. Tinel: Le diagnostic des Anaesthésies par l'exploration au Diapason.

Die Applikation der Stimmgabel auf einen Knochen hat zwei verschiedene Empfindungen im Gefolge: 1. die vibrierende Empfindung, die eigentliche Knochensensibilität. 2. Einen Gehörseindruck, den die Kranken einem Schwirren vergleichen, wahrscheinlich Folge der Knochenleitung der Vibrationen zum Labyrinth. Vortr. glaubt, daß die bis zu einem gewissen Grade mögliche Isolierung dieser Empfindungen interessante Resultate für die Diagnose zwischen organischen und psychischen Anästhesien liefern kann. Wenn Anästhesien organischer Natur sind, ist jener Gehörseindruck erhalten oder kann wenigstens bei günstiger Lagerung des betreffenden Gliedes hervorgerufen werden, während die psychische Natur der Anästhesie sich darin äußert, daß diese tönende Fortpflanzung bei völligem Intaktsein des Knochen- und Gelenksystems schwindet.

J. Dejerine et J. Tinel: Un cas de Radiculite lombosacrée à méningococque.

Kasuistische Mitteilung. Forme fruste von Diplokokken-Meningitis, lokalisiert an den Umhüllungen der Causa equina, die sich klinisch als Radiculitis lumbo-sacralis äußerte.

André Thomas et Tinel: Hémichorée et signes de lésion organique du système nerveux central.

13jähriges Kind mit überwiegender rechtsseitiger Hemichorea, zeigt einzelne Symptome von Störung der Pyramidenstränge. Diese Störungen, sowie eine Lymphozytose der Zerebrospinalflüssigkeit weisen auf eine organische Läsion hin. Vortr. weist auf die Möglichkeit der Trennung einer durch organische Läsionen des Zentralnervensystems oder seiner Umhüllungen hervorgerufenen symptomatischen Chorea von der Sydenham'schen Chorea hin.

André Thomas et Tinel: Hématomyélie cervicale avec hémato-bulbie.

Kasuistische Mitteilung: Symptome einer Läsion der grauen Substanz in der Regio cervicalis nebst Muskelatrophien und dissoziierte Empfindungslähmung, Beschränkung des Prozesses auf eine Seite. Der plötzliche Beginn des Leidens im Anschluß an eine Anstrengung spricht für Hématomyélie. Das gleichzeitige Bestehen des Schmidt'schen Symptomenkomplexes kann in ähnlicher Weise durch den in den Bulbus fortgesetzten Herd erklärt werden.

Ch. Achard et Ch. Foix: Tabes fruste avec arthropathie.

Kasuistische Mitteilung: Arthropathie des Kniegelenks mit Lymphozytose. Abwesenheit anderer ausgesprochener tabischer Symptome, außer einem ange deuteten Romberg und dem Fehlen der Achillessehnenreflexe.

Herr Babinski fragt, ob sich nicht die Arthropathie als eine Folge der direkten Einwirkung des syphilitischen Virus auf die Knochenenden auffassen läßt (luetische Arthropathie).

Herr Pierre Marie, Herr Déjerine, Herr Raymond, Herr G. Ballet haben die Arthropathien dieser Art nur bei Tabikern beobachtet und glauben nicht, daß die Syphilis imstande ist, unabhängig von tabischen Läsionen eine derartige Arthropathie zu erzeugen.

Paul Touchard et Mme Fabre: Un cas de Syringomyelie traité par le radium.

Vorstellung eines Kranken, der an Syringomyelie erkrankt ist. Es wurden im Laufe von $2\frac{1}{2}$ Monaten zehn Applikationen auf die linke Seite, fünf auf die rechte Seite der Columna cervicalis ausgeführt, jede ca. zwei Stunden lang dauernd.

Die Bewegungen wurden leichter, die anästhetischen und thermanästhetischen Zonen besserten sich, die Schmerzen hörten auf.

Paul Touchard et Mme Fabre: Un cas de Sciatique traité par le radium.

Kasuistische Mitteilung: Hartnäckige Hüftschmerzen, in günstigem Sinne durch Radium beeinflusst.

Noïca: Rapport entre les mouvements associés spasmodiques et les Reflexes tendineux et périostiques.

Noïca: Sur le type en extension du membre supérieur à l'état de contracture.

M. A. Souques: Mouvements d'élévation de la Paupière supérieure associés aux mouvements d'abaissement de la Mâchoire.

50jähriger Mann, dessen linkes oberes Augenlid sich hebt, sobald er den Mund öffnet. Dieses Phänomen ist kongenital. Kritische Ausführungen über die schon bekannten Fälle und über die Deutung des Phänomens.

Brissaud et Bauer: Sur les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen.

Klinische und pathologisch-physiologische Erörterungen über den Mechanismus der Motilitätsstörungen der Muskelgruppen bei der Thomsen'schen Krankheit.

M. L. Marchand: Maladie de Gilles de la Tourette et Paralysie générale.

Patient erkrankt an „Maladie des grands tics“ im Anschluß an einen Keuchhusten im achten Lebensjahre, die mehrere Jahre dauerte, dann sich in dem Grade besserte, daß er seiner Militärpflicht genügen konnte und sogar Offizier wurde. Im Alter von 23 Jahren akquirierte er Syphilis. Elf Jahre später traten die ersten Symptome der progressiven Paralyse auf, zugleich mit einer erheblichen Exazerbation der Ticskrankheit.

Votr. führt das erneute schwere Auftreten der Krankheit im Laufe der progressiven Paralyse auf die im Gefolge der Meningo-Enzephalitis aufgetretene Zerstörung der Tangentialfasern zurück, die dem Gehirn eine anatomische Konstitution, ähnlich der in der Kindheit, wiedergegeben hätte.

Dr. H. Meige unterscheidet zwischen „Tics des jeunes“ und „Tics des vieux“. Bei letzterem Leiden ist die Prognose trüber. Bei den Tics der Kinder hat man es mit einem Entwicklungsfehler der Rinde oder der Assoziation von der Rinde zu den darunterliegenden Zentren zu tun, die nicht endgültig bestehen zu bleiben braucht. Bei den Tics des vieux handelt es sich um in gleicher Weise lokalisierte Prozesse, die meist progredienter und destruktive rNatur sind.

E. Brinet u. Olmer: Chorée héréditaire chronique.

Kasuistische Mitteilung mit Sektionsbefund.

A. J. Babinski: Deux cas de Tumeur Cérébrale du lobe frontal.

Mitteilung zweier Fälle von zerebralen Neoplasmen, in denen die zum Teil exakte Diagnose nicht genügend präzisiert werden konnte. Die Läsion betraf den Frontallappen vor der motorischen Region, indessen war Votr. bei einem Fall nicht imstande, die Seite, auf der der Tumor gelegen war, zu diagnostizieren; im anderen Fall befand sich der Tumor auf der der angenommenen entgegengesetzten Seite. In beiden Fällen wurde der Kopfschmerz als stärker auf der gesunden Seite angegeben. Die Sehbeschwerden waren im ersten Falle auf der befallenen Seite stärker, im zweiten Falle weniger stark.

R. Hirschfeld (Berlin).

Société de Neurologie de Paris. (13. Mai 1909.)

(Rev. Neurologique, XVII, Nr. 10.)

André Thomas: De quelques altérations des Racines antérieures dans le Tabes.

Wird an anderer Stelle referiert.

M. et Mme Déjérine: Contribution à l'étude des Localisations Motrices Spinales dans un cas de désarticulation scapulo-humérale.

Pat. hatte als vierjähriges Kind eine rechtsseitige skapulo-humerale Exartikulation wegen einer schweren Verbrennung der Extremität erlitten. Im Alter von 48 Jahren starb er an Leberkrebs. Der Befund des eingehend untersuchten Rückenmarks wird mitgeteilt. Votr. kommen auf Grund ihrer Untersuchung zu folgendem Ergebnis: Die Rückenmarke von Patienten mit alten Amputationen, selbst wenn die Amputation in den ersten Lebensjahren stattgefunden hat und das Leben sehr lang gewesen ist, bieten kein geeignetes Material dar, um die Frage nach der spinalen motorischen Lokalisation zu klären, selbst wenn es sich darum handelt, ein in seinen Funktionen und seiner Innervation so spezialisiertes Gliedsegment zu lokalisieren wie die Hand.

Laignel-Lavastine et Boudon: Un cas de Myasthénie grave d'Erb Goldflam avec autopsie.

Kasuistische Mitteilung mit Sektionsbefund: Persistierende Thymus, zelluläre Infiltrationen in den Muskeln; Modifikationen in der Struktur der Hypophyse und der Schilddrüse, die auf eine Hyperfunktion derselben hinweisen.

Rossi et Roussy: Etude anatomique d'un quatrième cas de Sclérose Amyotrophique.

Wird an anderer Stelle referiert.

M. Jumentié: Contribution à l'étude des Fibres aberrantes de la voie Pédonculaire de la dégénérescence de la Pyramide et du Ruban de Reil dans les lésions de l'étage antérieur du Pont.

Kasuistische Mitteilung mit anatomischem Befunde, an Serienschnitten nach Pal studiert.

J. Tinel: Les lésions Radiculaires dans les Méningites.

Wird als Originalarbeit referiert.

N. Lennois et Durend: Deux cas de Tumeur de l'Angle ponto-cérébelleux.

Zwei chirurgisch behandelte Akustikustumoren (Gliome).

E. Brinet: Trois cas de Tumeurs cérébrales.

Kasuistische Mitteilungen.

R. Hirschfeld (Berlin).

III. Referate und Kritiken.

Allgemeine Pathologie des Nervensystems.

Yoshimura: Über die Ausbreitung der reflexogenen Zone für das Babinski-Phänomen.

(Jahrbücher f. Psych. u. Neurol., Bd. XXX, H. 1.)

Verf. hält den Babinski'schen Reflex für einen spinalen, weil die reflexogene Zone sich auf der Haut des Fußes, Unter- und Oberschenkels erstreckt, entsprechend der „sakral-segmentären Hautsensibilitätsverbreitung“. Er kann ausgelöst werden durch mechanische, thermische und elektrische Reize, und zwar außer vom äußeren Fußrande aus auch noch von der äußeren Kante des Fußes, der äußeren Seite des Fußrückens und der hinteren Seite des Unterschenkels. Bei Ausbreitung der Zone erhält man ihn auch von der äußeren Seite des Unterschenkels, der hinteren des Oberschenkels und von der Haut des Perineums und Skrotums. Nur in einem kleinen Teil der Fälle ist das Phänomen auf den von Babinski angegebenen Bereich beschränkt.

Es zeigte sich nun, daß bei den rein spinalen Erkrankungen die Ausbreitung der Zone größer ist als bei den zerebralen, während die zerebrospinalen eine Mittelstellung einnehmen. Die Höhe der Querschnittsläsion hat keinen Einfluß, wenn sie nur oberhalb der lumbalen Segmente liegt. Bei zerebralen Erkrankungen hängt die Ausbreitung hauptsächlich von der Schwere der Läsion der Pyramidenbahnen ab, doch auch zentripetale Bahnen — hinterer Teil der inneren Kapsel — kommen in Betracht. Je mehr aber die zentralen Hemmungen wegfallen, desto wirksamer kommen die verantwortlichen spinalen Zentren zur Geltung. Besonders groß ist die Ausbreitung der reflexogenen Zone bei der multiplen Sklerose, obwohl doch hier keine kompakte Läsion der Pyramidenbahn besteht. Die Erklärung liegt in folgendem: Bei einer zerebralen Hemiplegie sind die Hautreflexe

der gesunden Seite gesteigert, vermutlich infolge Wegfall von Hemmungen; die erkrankte Hemisphäre hat also nicht nur auf die Reflexe der Gegenseite, sondern auch auf die der gleichen Seite Einfluß; die Hautreflexe stehen unter dem Einfluß beider Hemisphären. Das Babinski-Phänomen entsteht aber unter Bedingungen, welche dem Wegfall von Hemmungen der entgegengesetzten Hemisphäre entsprechen. Bei doppelseitigen Erkrankungen ist also der Wegfall von Hemmungen für die Hautreflexe größer als bei Ausschaltung einer Hemisphäre, daher also größer bei multipler Sklerose, bei Erkrankung beider Pyramidenbahnen (spinale Erkrankungen) als bei einseitiger zerebraler Erkrankung, und demnach ist in diesen Fällen die reflexogene Zone ausgebreiteter.

An 38 Fällen wird dann eine tabellarische Übersicht über die Ausbreitung des Bereiches gegeben, an 7 spinalen: Syringomyelie, Spondylitis, Halswirbelfraktur, Tumor der Medulla spinalis; an 11 zerebrospinalen: multiple Sklerose, Lues; und 20 zerebralen: Hemiplegie und -parese und Athetose. Chotzen.

Ariens Kappers und H. Vogt (Frankfurt a. M.): Die Verlagerung der motorischen Oblongatakerne in phylogenetischer und teratologischer Beziehung.

(Neurol. Zentralbl. 1908, S. 958—964.)

Während bei den Fischen der Fazialiskern im oberen Drittel der Oblongata liegt und der Abdomenkern im unteren Drittel sich befindet, steigt in der phylogenetischen Entwicklung, also in der höheren Tierreihe, der Fazialiskern immer mehr nach unten, der Abduzenskern aber bewegt sich nach oben in der Richtung zum hinteren Längsbündel. Das gleiche Verhältnis läßt sich phylogenetisch in der Lagerveränderung des Okulomotorius und Hypoglossus nachweisen, die beide dorsal rücken, während Vagus und Glossopharyngeus ventral, der Akzessorius ventrolateral rücken. K. erklärt dies dadurch, daß während der Phylogenese die Bedeutung des ventralen Ligaments als Endpunkt zentrifugaler Bahnen zunimmt und die mächtige Entwicklung dieser Bahnen als Reiz auf die entsprechenden Kerne wirkt. Auch die Ontogenese zeigt, daß bei den Embryonen von Vögeln und Säugern der Abduzenskern ventral, der Fazialiskern dorsal liegt und daß erst im Laufe der individuellen Entwicklung die Verlagerung stattfindet. Bei mangelhafter Ausbildung der kortikofugalen Bahnen, z. B. bei Mißbildungen, denen das Großhirn und die Pyramidenbahn ganz oder größtenteils fehlt, zeigt der Fazialiskern eine mehr dorsale Lage. Diese dorsale Lage ist als eine Hemmungsbildung aufzufassen, bedingt durch das fehlende Ineinandergreifen der einzelnen Hirnteile im Laufe der sukzessiven Entwicklung.

Hoppe (Königsberg).

C. F. van Valkenburg: Zur Anatomie der Hinterstränge (kreuzende Fasern).

(Neurol. Zentralbl., 1909, S. 2—7.)

Außer den bereits von Flechsig, Redlich, Ziehen und Marburg beschriebenen, sagittal im Septum medianum posterius verlaufenden, in das gekreuzte Hinterhorn einbiegenden Fasern, die über die ganze Länge des Rückenmarkes verbreitet, am zahlreichsten aber von V. auf Querschnitten im lumbosakralen Mark gefunden wurden, sind nach V. auf Längsschnitten in frontaler und vor allem in fronto-sagittaler Richtung in jedem Segment Fasern zu finden, die das Septum medianum posticum durchquerend von einem Hinterstrang in den

anderen ziehen. Der Übergang findet in verschiedener Richtung statt. Meist verlaufen die Fasern, aus dem Goll'schen Strang austretend, im Septum eine Strecke weit longitudinal, um sich dann den medialen Fasern des kontralateralen Hinterstrangs zuzufügen; selten sieht man Hinterstrangsfasern scheinbar den kürzesten Weg durch das Septum nach der anderen Seite nehmen. Vermutlich sind sie direkte Fortsetzungen der Hinterwurzeln zum gekreuzten Hinterstrang.

Hoppe (Königsberg).

Ernst Bloch (Kattowitz): Zur Kontraktion des Quadrizeps nach Schädelbrüchen.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 911—914.)

Unfallverletzte, besonders nach Schädelbrüchen, die über Schwindel klagen und beim Stehen mit geschlossenen Augen in Schwanken geraten, zeigen, wenn sie die Schwankungen zu unterdrücken, also sich möglichst stramm zu halten versuchen, eine Anspannung des Quadrizeps (Hinaufrücken der Patella), um die Stütze ihres Schwerpunktes zu verstärken. Dieses Symptom hat B. bei reichlich der Hälfte aller Unfallverletzten, die über Schwindelgefühl klagten, gefunden. Es ist, wie die Pulsbeschleunigung oder Pulsverlangsamung beim Bücken, ein objektives Symptom, das nicht simuliert werden kann; beide Symptome zusammen bestärken die Diagnose.

Hoppe (Königsberg).

S. Goldflam (Warschau): Über Abschwächung bzw. Aufhebung des Zehen-Verkürzungsreflexes.

(Neurol. Zentralbl., 1908, S. 946—958.)

G. versteht unter Zehenreflex die nach Reizung der Sohle normal auftretende Plantarreflexion der (meist 4 letzten) Zehen, unter Beugereflex den meist gleichzeitig oder erst nach stärkeren Reizen auftretenden zusammengesetzten Reflex, der sich in Zurückziehen des Beines äußert. Die Resultate seiner Untersuchungen faßt G. etwa folgendermaßen zusammen: sowohl im normalen als im pathologischen Zustande läuft der Verkürzungsreflex mit dem Zehenreflex parallel, doch können auch jeder allein vorhanden sein oder allein schwinden. Wahrscheinlich sind es nicht Bestandteile eines Reflexes, sondern stellen zwei gesonderte Hautreflexe dar. Ihre Herabsetzung bzw. Aufhebung kommt bei Affektionen des zentralen Nervensystems mindestens ebenso häufig vor, wie die Abschwächung oder Aufhebung der Bauch- und Kremasterreflexe und beanspruchen auch die gleiche diagnostische Bedeutung. Manchmal tritt dieses Phänomen sogar als erstes Zeichen einer zentralen Affektion auf. Vorzugsweise scheint es bei solchen Läsionen des aufsteigenden Schenkels für die Hautreflexe vorzukommen, wo halbseitige Sensibilitätsstörungen und hypotonische Erscheinungen überwiegen, Motilitätsstörungen hingegen in den Hintergrund treten, außerdem bei komprimierenden Läsionen der psychomotorischen Sphäre, bei Schädigungen des absteigenden Schenkels der Hautreflexe (hier tritt aber, besonders wenn die kortikospinale Bahn mitaffiziert ist, meist der Babinski'sche Reflex auf). Ist die Läsion der absteigenden Bahn eine schwere, so tritt die Abschwächung des Bauchreflexes sofort ein, sonst vergeht eine gewisse Zeit, bis sich die Isolierungsveränderungen ausgebildet haben, in der der Zehen- und Verkürzungsreflex (als Vorstufen des Bauchreflexphänomens) herabgesetzt werden, bzw. verschwinden kann. Der aufsteigende Schenkel für diese Reflexe hat mit der Bahn für Schmerz-Temperaturempfindung nichts zu tun, doch steht er

wenigstens in gewisser Beziehung zur Bahn des Tastgefühls; der absteigende Schenkel verläuft nicht in der Pyramidenbahn. Die Bahn für die Hautreflexe erfährt nicht im Rückenmark eine Kreuzung, sondern mehr oben, wahrscheinlich in der sensiblen Schleife (zugleich mit der Bahn für die taktile Empfindung). Der Zehenreflex ist ein Hautrindenreflex, der Babinski'sche ein ausschließlich spinaler, der Verkürzungsreflex ein Hautrinden- und spinaler Reflex zugleich.

Hoppe (Königsberg).

Oppenheim und Krause: Über Einklemmung bzw. Strangulation der Cauda equina.

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr. 16.)

Nach mehrjährigen leichteren Reiz- und Lähmungserscheinungen akut einsetzende Anzeichen einer auf die Cauda wirkenden Raumbeschränkung, hervorgerufen durch Abknickung der Cauda am Ort einer Verengung und Auseinanderdrängen ihrer Stränge oberhalb dieser Stelle. Sicherung der Diagnose durch Laminektomie und Besserung in dem einen Fall nach Exstirpation eines Tumors.

Müller (Dösen).

Engelen: Verschiedene klinische Erscheinungsformen von Lues des Zerebrospinalsystems. Nach einem Demonstrationsvortrag in Düsseldorf.

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr. 16.)

Es werden 3 verschiedenartige Fälle geschildert. Bei atypischen Krankheitsbildern soll man stets auch an Lues denken, besonders wegen des prompten Erfolges frühzeitiger spezifischer Behandlung.

Müller (Dösen).

Kron. Periphere Nerven und Unfall.

(Deutsche medicin. Wochenschr., 1909, Nr. 22.)

Eine kurze Besprechung der durch Verletzungen veranlaßten Schädigungen peripherischer Nerven und der Unterscheidungsmerkmale gegen Hysterie und Simulation. Es werden einige ungewöhnliche Entstehungsarten der Läsionen angegeben und verschiedene Streitfragen berührt; unter anderem wird ein Fall von Neuritis ascendens bei subkutaner Verletzung ohne Infektion erwähnt. Bei der Prüfung der Motilität soll man besonders auch darauf achten, ob etwa Ersatzfunktionen durch benachbarte Muskeln eine Muskellähmung verdecken. Den Schluß bilden einige Worte über die Behandlung.

Müller (Dösen).

Wilhelm Trendelenburg und Oswald Bumke (Freiburg): Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Wege der Pupillenfaser des Sympathikus.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XLVII. Jahrgang, 1909, II, S. 481.)

Die 34 Versuche wurden an 27 Katzen, 4 Affen, 2 Hunden und 1 Kaninchen ausgeführt, es wurde eine größere Anzahl halbseitiger Durchschneidungen der Medulla und des Halsmarks gemacht, und zwar an den verschiedensten Stellen zwischen dem kaudalen Teil der Rautengrube und dem 5. Zervikalnerv, sehr häufig wurde die Stelle zwischen Atlas und Okziput gewählt, weil hier das Mark verhältnismäßig leicht zugänglich ist. Ferner wurden vor oder nach den Markschnitten die Halssympathici durchschnitten, oder ihre obersten Halsganglien entfernt, oder endlich Längsschnitte im Bereich des Budgeschen Spinalzentrums vorgenommen. In einer weiteren Reihe von Versuchen wurde die Großhirnrinde einseitig oder doppelseitig entfernt, zum Teil wiederum in Kom-

bination mit Markschnitten. Die Ergebnisse der Operationen wurden an Marchi-Serienschnitten genau anatomisch kontrolliert. Die Tiere blieben mit wenigen Ausnahmen längere Zeit am Leben, die aseptische Heilung hätte sicher eine unbegrenzte Weitererhaltung der Tiere ermöglicht, sie wurden jedoch meist nach 3 Wochen getötet, da dann die Versuche als abgeschlossen zu betrachten waren, zudem wurde so ein günstiger Zeitpunkt zur Anwendung der Marchimethode erreicht.

Die Ergebnisse sind folgende: Nach halbseitigen Durchschneidungen des Halsmarks und der Medulla unterhalb (kaudalwärts) des Budgeschen Ursprungszentrums des Halssympathikus (Grenze von Hals- und Brustmark) erfolgt bei Katzen, Affen und Hunden eine mehrere Wochen andauernde Pupillendifferenz, derart, daß die gleichseitige Pupille enger ist. Nach vorhergegangener beiderseitiger Sympathikusresektion oder Entfernung seines obersten Halsganglions bleibt die Differenz nach Markschnitt aus. Andererseits heben die genannten peripheren Sympathikusoperationen die durch den Markschnitt gesetzte Differenz auf, wenn sie nachträglich hinzugefügt werden. An dem Auftreten der Differenz ist also lediglich ein durch den Halssympathikus vermittelter Einfluß schuld. Okulomotorius und Trigeminus sind jedenfalls bei den untersuchten Tierarten unbeteiligt. Daraus, daß die Pupillendifferenz allmählich verschwindet, könnte gefolgert werden, daß der Schnitt eine Reizung der sympathischen Bahnen bewirke, dem ist aber nicht so, weil einmal unmittelbar nach dem Schnitt häufig die umgekehrte Pupillendifferenz infolge des schnell abklingenden Schnittreizes vorhanden war und ferner die lange Dauer der Erscheinung, sowie die Erfolge der elektrischen Halsmarkreizung gegen diese Ansicht sprechen. Es ist wahrscheinlich, daß von höheren Hirnteilen dauernd Erregungen zu den gleichseitigen Ursprungsgebieten des Halssympathikus durch Medulla und Halsmark abwärts fließen, deren einseitige Aufhebung durch Unterbrechung der Leitungsbahnen eine Verengerung der Pupille auf der Operationsseite bewirkt. Über die Herkunft dieser Erregungen ließ sich aus den Versuchen ermitteln, daß die Großhirnrinde nicht wesentlich beteiligt ist. Es tritt zwar nach einseitiger Entfernung des Großhirnmantels eine geringe Verengerung der gleichseitigen Pupille ein, diese ist aber geringer wie bei halbseitiger Markdurchschneidung; und es wurde ferner festgestellt, daß nach Entfernung beider Großhirnhemisphären (bei der Katze) durch nachfolgende halbseitige Markdurchschneidung in Atlashöhe wiederum eine beträchtliche Pupillendifferenz eintrat, die noch mehrere Wochen hindurch beobachtet werden konnte. Warum übrigens die Pupillendifferenz nach halbseitiger Markdurchschneidung nach einigen Wochen wieder verschwindet, blieb ungelöst, es wurde nur so viel festgestellt (durch Längsschnitte), daß sich bei Katzen eine Beziehung gekreuzter Verbindungen der beiden spinalen Zentren zu der Ausgleicherscheinung der Pupillendifferenz nicht nachweisen ließ, und daß auch bei Affen hierin wohl nicht der einzige Modus des Ausgleichs gelegen ist, wenn auch bei letzterer Tierart durch den Längsschnitt eine beträchtliche Verlängerung der Zeitdauer der Differenz erzielt wurde. Brons (Dortmund).

Harvey Cushing and James Bordley (Baltimore): Observations on experimentally induced choked disc.

(The Johns Hopkins Hospital Bulletin, Bd. XX, S. 217, 1909, April).

Die Versuche, Stauungspapille zu erzeugen, wurden an Hunden angestellt. Die Verfasser gingen auf dreierlei Weise vor: 1. sie ließen durch eine kleine

Trepanöffnung in Schädelknochen und Dura Flüssigkeiten unter meßbarem Druck in den Subduralraum laufen, 2. sie übten auf die an zirkumskripter Stelle freigelegte Dura einen Druck mit dem Finger aus, 3. sie führten eine venöse Stase herbei, indem sie entweder um den Hals ein elastisches Band legten (sowohl oberhalb, wie unterhalb der Trachea) oder indem sie den Optikus selbst (nach Resektion der orbitalen Wand) abbanden. Die Versuche 1 und 2 wurden nach Resektion der temporalen Orbitawand wiederholt und an dem freigelegten Optikus die Wirkung des erhöhten intrazerebralen Druckes studiert. Vor, während und nach den Operationen wurden genaue ophthalmoskopische Befunde erhoben.

Die Versuche 1 und 2 führten ausnahmslos zu ausgesprochener Stauungspapille, während bei Versuchen nach der dritten Art nur Schlängelung und Erweiterung der Retinavenen, niemals aber auch nur Andeutung von Ödem der Papilla erzeugt werden konnte, auch wenn die Versuche so lange ausgedehnt wurden, daß beträchtliches Ödem der äußeren Kopfteile auftrat. Die Stauungspapille trat bei den Versuchen 1 und 2 ausnahmslos akut ein, manchmal jedoch zuerst auf der entgegengesetzten Seite. Bei Nachlassen des Druckes besonders bei den Versuchen 2 verschwand auch die Stauungspapille. Am freigelegten Sehnerven wurde gleichzeitig mit dem Auftreten der Stauungspapille (oder ihr vorhergehend?) eine ampullenförmige Ausbuchtung der Scheiden beobachtet, die, wie Untersuchungen des in vivo mit Formol fixierten Objektes, dartaten, hauptsächlich auf einer Erweiterung der subarachnoidealen Räume beruhte. Der länger dauernde intrazerebrale Überdruck (Pelottenbandage auf einen breiten Knochendefekt) bewirkte neben Stauungspapille auch Retinalhämorrhagien. Histologisch konnte an solchen Augen die delatäre Wirkung des länger bestehenden Ödems an Retina und Sehnerv nachgewiesen werden, ferner fanden sich in den Präparaten Hämorrhagien und beginnende Rundzelleninfiltration. Zum Schluß wird noch über Versuche berichtet, die Gehirntumorbedingungen nachzuahmen. Zu diesem Zwecke wurden zwischen Schädelknochen und Dura kleine Schwammstücke unter allen Kautelen der Asepsis eingeführt. Die Schwämme heilten reaktionslos ein und umgaben sich mit einem allmählich größer werdenden, tumorartigen Granulationsgewebe. Hierdurch wurde, je nach Größe des Schwammstückes, eine mehr oder weniger große Abplattung der betreffenden Gehirnteile und eine Zunahme des intrakraniellen Druckes bewirkt. Es trat Stauungspapille auf, die bis zum Tode der Tiere bestand, histologisch fand sich auch neben dem Ödem eine beginnende Rundzelleninfiltration des Optikus. Auf Grund ihrer Versuche, die ihren klinischen Erfahrungen völlig entsprechen, halten sich die Verfasser zu der Annahme berechtigt, daß die Stauungspapille vorzüglich dadurch zustande kommt, daß die unter erhöhtem Druck stehende Zerebrospinalflüssigkeit aus dem subarachnoidealen Raum der Interpedunkulargegend in die Optikuscheiden eindringt. Die Versuche sind geeignet, die mechanische Theorie der Entstehung der Stauungspapille kräftig zu stützen. Brons (Dortmund).

Henning Rønne (Kopenhagen): Über tonische Akkommodationsreaktion lichtstarrer Pupillen.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Bd. XLVII, 2, S. 41—46.)

Das Phänomen, welches Verfasser beschreibt, wurde im ganzen nur in zehn Fällen beobachtet. Es besteht darin, daß eine lichtstarre Pupille sich bei Akkommodation sehr langsam (im Verlaufe von 4—5 Sekunden) verengt, um mit dem

Aufhören der Akkommodation und Konvergenz sich noch langsamer — es kann **Minuten** dauern — wieder zu erweitern. Die bisher beschriebenen Fälle zeigen alle Übergangsglieder zwischen der reflektorischen Pupillenstarre und der Ophthalmoplegia interna. Die Ätiologie der Fälle ist verschieden, zum Teil unbekannt. In dem Falle des Verfassers handelte es sich um ein 13jähriges Mädchen mit rechtsseitiger anfangs totaler Ophthalmoplegia interna, später bestand nur noch eine Akkommodationsparese, keine Paralyse mehr, die Pupille war erweitert und reagierte nicht auf Lichteinfall. Es ist dies unter den genannten zehn der einzige Fall, welcher mit Akkommodationslähmung kompliziert war.

Groenouw (Breslau).

von Bechterew: Über die Lokalisation der motorischen Apraxie.

(Monatsschr. für Psychiatrie und Neurologie, XXV, 1, S. 42—51.)

B. teilt in Kürze einen Fall mit, auf Grund dessen sich — wenigstens für den Verfasser — „die Möglichkeit ergibt, die Apraxieerscheinungen mit einer Affektion der hinteren Zentralwindung und des angrenzenden Teiles des Gyrus supramarginalis in unmittelbaren Zusammenhang zu bringen“. Verfasser glaubt auch, daß ohne weiteres aus der mitgeteilten Beobachtung „ihre hohe wissenschaftliche Bedeutung für die Lokalisation der Apraxie“ hervorgeht. Der genaue, speziell anatomische Bericht steht noch aus.

Spielmeyer:

E. Franke (Hamburg): Angeborene zyklische Okulomotoriuserkrankung und Hippius der Regenbogenhaut.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Bd. XLVII, S. 582—592.)

Verfasser beschreibt zwei Fälle des von Axenfeld und Schürenberg mit dem Namen der zyklischen angeborenen Okulomotoriuserkrankung bezeichneten Krankheitsbildes. Mit Einschluß der beschriebenen Fälle sind im ganzen zehn Fälle — darunter ein doppelseitiger — dieser Krankheit bekannt. Charakteristisch ist für diese das Bestehen einer angeborenen oder in den ersten Lebensmonaten bemerkten Lähmung der äußeren Äste des Okulomotorius verbunden mit krampfartigen Erregungen einiger von diesem Nerven versorgten Muskeln in periodischen ziemlich kurzen und regelmäßigen Zwischenräumen. Es erfolgt eine zuweilen sehr starke Verengerung der Pupille und darauf eine Erweiterung derselben, die Schwankungen betragen $1\frac{1}{2}$ —9 mm, auf eine langsame Erweiterung erfolgt eine schnelle ruckartige Verengerung und umgekehrt; zuweilen tritt auch gleichzeitig eine Hebung oder Senkung des gelähmten oberen Lides oder eine leichte Adduktionsbewegung ein. In einem Teil der Fälle ließ sich ein deutlicher Einfluß der Adduktion oder der Konvergenz nachweisen, indem diese Pupillenverengerung hervorriefen. Einmal bewirkte Abduktion Pupillenerweiterung. Die bestehenden Muskellähmungen waren teils vollständig, teils unvollständig. Zuweilen bestand Lidschlußreaktion der Pupille, in einigen Fällen erfolgte gleichzeitig mit der Verengerung der Pupille eine Kontraktion des Ziliarmuskels. Der Symptomenkomplex zeigt eine gewisse Übereinstimmung mit den Zuständen, die sich bei der Athetose finden, allerdings besteht ein Unterschied darin, daß bei dieser bereits eine gewisse aktive Beweglichkeit in den gelähmten Muskeln sich wieder hergestellt hat. Als Ursache der Krankheit ist in den Fällen des Verfassers wohl ein Herd in der Nähe des Okulomotoriuskernes anzunehmen. Obwohl von manchen Seiten gleitende Übergänge von diesem Krankheitsbilde zu dem Hippius iridis angenommen werden, glaubt Verfasser

doch einen Unterschied darin zu finden, daß bei den vorliegenden Fällen 1. eine angeborene Okulomotoriuslähmung bestand, 2. die Pupillenbewegung meist deutlich durch gleichzeitige Mitbewegung andere Muskelgruppen beeinflusst wurde, und 3. die Bewegungen der Pupille beim Hippias nicht so ausgedehnt und viel gleichmäßiger, nicht sprunghaft wie bei dem geschilderten Krankheitsbilde, sind.

Groenouw (Breslau).

Kurt Halbey: Tabes dorsalis und (akute) apoplektische Bulbärparalyse. (Neurol. Zentralbl., 1909, S. 7—11.)

Bei einem 56jährigen Arbeiter, der Lues in Abrede stellt, zeigten sich vor zehn oder zwölf Jahren die ersten Zeichen der Tabes (Gehstörungen, Crises gastriques, gelegentliche lanzinierende Schmerzen), dann erfolgte vor drei bis vier Jahren ein apoplektischer Anfall, nach dem sich plötzlich ein bulbär-paralytischer Symptomenkomplex einstellte, der von nun an im Vordergrund der Erscheinungen stand. In der Anstalt Uckermünde, in der er wegen zunehmenden Stumpfsinns mit zeitweiligen Erregungszuständen aufgenommen wurde, treten von Zeit zu Zeit Absencezustände und epileptiforme Anfälle auf. H. nimmt an, daß der bulbär-paralytische Symptomenkomplex die Folge einer Blutung (oder Thrombose) der Art. basilaris bzw. eines Astes dieser mit nachfolgendem Erweichungsherd ist und daß dieser gewissermaßen wie ein Tumor als Reiz wirkende Herd die epileptiformen Anfälle auslöst.

Hoppe (Königsberg).

Franz Conzen (Leipzig): Uteruskrisen bei Tabes.

(Neurol. Zentralbl., 1909, S. 18—20.)

Bei der 35jährigen Patientin, die neben zwei Entbindungen vier Aborte durchgemacht, begannen die Erscheinungen der Tabes vor $1\frac{1}{2}$ Jahren (lanzinierende Schmerzen, Unsicherheit beim Gehen, Gürtelgefühl). Von Zeit zu Zeit Anfälle von Wollustgefühl in der Vagina mit Orgasmus (Klitoriskrisen? Ref.) und von Drängen und Pressen im Rektum, manchmal Opressionsgefühl auf der Brust mit Brechreiz. Dazu gesellen sich innerhalb der (achtägigen) Blutung mit zwei bis drei periodenfreien Tagen, während dieser Tage Anfälle von wehenartigen Schmerzen, die 3—4 mal am Tage wiederkehren, zirka $2\frac{1}{2}$ Minuten dauern, sich bis zur Unerträglichkeit steigern und auf dem Höhepunkt das Gefühl erzeugen, als ob ein Kindskopf sich durch die Vagina preßt und die Vulva passiert, worauf sich der Schmerz mit Zittern löst; nach jedem solchen Anfall wäßriger Ausfluß in Mengen von 4—5 cm. Die Schmerzanfälle gleichen in Art und Dauer An- und Abschwollen physiologischen Wehen. Abdomen während der Wehe leicht vorgewölbt und mäßig hart. Ein ähnlicher Fall wurde 1905 von Abadie beschrieben.

Hoppe (Königsberg).

P. A. Ostankow: Gastrische Krisen der Tabiker als Folgeerscheinungen des Morphiums.

(Neurol. Zentralbl., 1909, S. 14—17.)

Bereits v. Leyden hat in seiner Monographie (1901) betont, daß nach seiner Überzeugung Wiederkehr und Intensität der Magenkrise durch Morphinismus gesteigert werde. O. teilt uns ausführlich einen Fall mit, der die Beobachtungen v. Leyden's bestätigt. Es handelt sich um einen 58jährigen Tabiker, der zuerst im Jahre 1888 lanzinierende Schmerzen bekam und 1898 seine Zuflucht zu Morphin genommen hatte. Bis dahin hatte er nie an

gastrischen Krisen gelitten. Nach 2jährigem Morphinumgebrauch waren die Schmerzanfälle nur intensiver und häufiger geworden, traten täglich mehrmals auf, so daß er überhaupt kaum schmerzfreie Momente hatte. Dazu gesellten sich gastrische Krisen, die anfangs in größeren Zeitabständen, später häufiger, alle 12—15 Tage, auftraten und von Temperaturerhöhung und Verminderung der Urinmenge begleitet waren. Mit der Morphinumziehung, Ende 1903, wurden die Krisen seltener, weniger intensiv, und hörten schließlich fast ganz auf. O. kommt zu folgenden Schlüssen: Morphinum und andere Derivate des Opium können nach chronischem Gebrauch bei Tabikern echte gastrische Krisen hervorrufen, die mit Erhöhung der Temperatur und Verminderung des Urins einhergehen, das beobachtet man auch bei tabischen Krisen ohne Morphinumgebrauch, und man kann daraus auf einen toxischen Ursprung der gastrischen Krisen im allgemeinen schließen. Morphinum und andere antineuralgische Mittel unterdrücken zwar die Anfälle auf kurze Zeit, bedingen aber nachher ihre häufige Wiederkehr und verstärkte Intensität beim nächsten Anfall; daher soll eine chronische Anwendung dieser möglichst vermieden werden. Hoppe (Königsberg).

Alfred Gordon (Philadelphia): Pathogenesis of tabetic arthropathies based upon an anatomico-clinical study of two cases.

(Medical Record, 1909, Bd. LXXVI, Nr. 20.)

Die Annahme einer Erkrankung der peripheren Nerven bei Tabes dorsalis erklärt nicht genügend das Entstehen der Arthropathien, denn einmal ist das Fehlen solcher Läsionen in einigen Fällen beobachtet worden, zum anderen kommen Nervenläsionen sowohl an den ergriffenen, wie an den von Arthropathie nicht ergriffenen Gelenken vor, und drittens ist der Prozentsatz dieser Erkrankungen im Verlaufe der Tabes sehr gering. Zur Entstehung von Arthropathien ist ein Trauma des betreffenden Gelenkes notwendig, das nur geringfügiger Natur zu sein braucht und schon lange zurückliegen kann.

Zwei Fälle der Beobachtung des Verfassers beweisen dies. 1. Fall: Ein Tabiker, der durch systematische Übungen so weit gebessert war, daß er wieder ohne Hilfeleistung gehen konnte, verrenkte sich bei diesen Übungen das Knie. Er fühlte sofort Schmerzen, und im Verlaufe von 10 Tagen war er nicht mehr imstande mit diesem Beine zu gehen; dasselbe nahm mehr und mehr an Umfang zu, Flüssigkeit sammelte sich in ihm an, die Haut wurde ödematös usw. Äußere Applikationen und Ruhe nützten nichts. Der Kranke starb bald darauf an Pneumonie. Die Sektion des erkrankten Knies ergab verdickte Synovialbänder, leichte Ansammlung von Flüssigkeit, beträchtliche Vergrößerung beider Kondylen und des Kopfes der Tibia, sammetartiges Aussehen des Knorpels, der an einigen Stellen vollständig fehlte, so daß der Knochen freilag. Besondere Sorgfalt wurde der Untersuchung der Nerven und Blutgefäße des Kniegelenkes gewidmet. Das Mikroskop ergab neben normalen Nervenfasern auch degenerierte Stellen in allen größeren und feineren Nerven und zwar sowohl am erkrankten, wie am gesunden Kniegelenk, nur mit dem Unterschied, daß in letzterem normale Fasern in größerer Anzahl als in ersterem vorhanden waren. Dieser Unterschied konnte nur mit der Marchi'schen Färbemethode sichtbar gemacht werden, nicht mit der von Weigert. Die Blutgefäße wurden mit wenigen Ausnahmen als normal befunden. Das Verhalten war an beiden Knien gleich. — 2. Fall: Hier glitt der Patient, der gleichfalls durch systematische Übungen einen recht guten

Erfolg zu verzeichnen hatte, auf dem Eise aus und zog sich eine Verrenkung des linken Fußgelenkes zu. In ähnlicher Weise wie im ersten Fall entstand daraus eine Anschwellung des Gelenkes mit Vergrößerung seiner Knochenenden. Der Kranke starb infolge einer nicht näher festzustellenden Diarrhœe und gastrischer Krisen. Die mikroskopische Untersuchung der Gelenknerven ergab auch hier eine beträchtliche Degeneration aller Nerven und zwar gleichmäßig auf beiden Seiten. Bemerkenswert war aber, daß die Artikularzweige der Astragaloskaphoid- und der Skaphoid-kuneiform-Verbindung auf der normaler Seite stärker ergriffen waren als auf der kranken. Die Gefäße erwiesen sich im vorliegenden Falle als gesund.

Die beiden vorstehend geschilderten Fälle sprechen zu gunsten der Auffassung eines traumatischen Ursprunges der tabischen Arthropathien. Verfasser nimmt natürlich an, daß sensorische Störungen in den bereits erkrankten Nerven die Vorbedingung schaffen. Die Degeneration der peripheren Nerven ist eine *Conditio sine qua non*. Auch in den beiden vorliegenden Fällen bestanden lange vor dem Unfall sensorische Störungen und Hypotonie. Wenn gegen solche Ansicht behauptet wird, daß Fälle beobachtet worden seien, in denen kein Trauma nachweisbar gewesen wäre, so glaubt Verfasser dieses nicht; er meint, dasselbe könne auch nur geringfügiger Natur gewesen und dem Kranken entgangen sein.

Buschan (Stettin).

Carl Rosenthal (Berlin): Zur Physiologie der Massage. VI. Einfluß der Massage auf eine Reihe von Gefühlsqualitäten.

(Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie, 1909, Bd. XIII, S. 341 ff.)

Daß durch die Massage die als Gemeingefühl bezeichnete Schmerzempfindung der sensiblen Hautnerven tatsächlich, und dies nicht unerheblich, beeinflußt werden kann, ist eine bekannte Erfahrungstatsache, hingegen herrscht über den Einfluß der Massage bei den übrigen Gefühlsqualitäten keine Übereinstimmung. Zabudowski, der diesbezügliche Versuche angestellt hat, ist zu keinen einwandfreien Ergebnissen gekommen, denn sie waren recht wechselnde und widersprechende. Verfasser hat daher von neuem diese Frage geprüft, und zwar vorläufig bezüglich des Raumsinns und der Schmerzempfindung. Zu diesem Zwecke wurde an einem jungen Physiologen von Fach zuvor die simultane Reizschwelle (mittels Griesbach's Ästhesiometer) mit möglichster Genauigkeit festgestellt, darauf bestimmte Stellen am Vorderarm kürzere oder längere Zeit lang massiert, und zwar ohne Fett oder Puder, um dadurch nicht die Feinheit des Hautsinnes zu beeinflussen, mittels Effleurage, worauf dann wieder die nunmehrige Reizschwelle notiert wurde. Es stellte sich bei diesen Versuchen heraus, daß, falls genaue Resultate erzielt werden sollen, die Dauer jedes einzelnen Versuches nur eine ganz kurze sein darf; bei länger ausgedehnten Versuchen wurden die Angaben bezüglich des Raumsinnes stets unsicher, weil auch eine leise Berührung mit den Spitzen des Ästhesiometers als Schmerz empfunden wurde.

Das Ergebnis war folgendes. Nach einer nur wenige Minuten lang ausgeführten Massage veränderte sich die Reizschwelle für den Raumsinn in der Art, daß sie ein ganz Teil gegen vorher anstieg: sie betrug vor dem Versuche an der Beugeseite des Vorderarmes 8,5 mm, an der Streckseite 14,5 mm, nach der Massage beliefen sich die Werte um 6 und 8 mm höher. Nach Verlauf von weiteren zehn Minuten konnte meistens wieder der alte Schwellenwert be-

obachtet werden. Diese nicht unerhebliche Beeinträchtigung des Raumsinnes in seiner Feinheit rührt wohl daher, daß infolge der ziemlich starken Reibung, wie sie eine Minuten lang andauernde Effleurage der Haut darstellt, die sämtlichen Endigungen der sensiblen Nerven in der Haut erheblich erregt werden müssen, so daß sie nach einer solchen starken Erregung nun auf den ungleich schwächeren Reiz, den die feine Berührung des Ästhesiometers auf sie ausübt, nicht mehr reagieren kann.

Was die Schmerzempfindung anbetrifft, so wurde dieselbe durch die Massage nicht unerheblich gesteigert. Vor dem Versuche betrug die normale Reizschwelle an den oben genannten Stellen des Vorderarmes im Durchschnitt 34,7, bzw. 43,1, nach der Massage aber entsprechend 28,1 und 39,8 mm. Die Erklärung für diese Tatsache liegt wohl darin, daß durch die infolge der Reibung hervorgerufene starke Hyperämie die Reizschwelle für die Empfindung herabgesetzt wird.

Buschan (Stettin).

S. Brustein (St. Petersburg): Die Kromayer'sche Quarzlampe als Antineuralgicum.

(Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie, 1900, Bd. XIII, S. 557—565.)

Der hervorragende Einfluß der Lichtbehandlung auf Nervenschmerzen ist wiederholt festgestellt worden; besonders günstig haben sich in dieser Hinsicht die an blauen, violetten und ultravioletten Strahlen reichen Lichtquellen erwiesen. Die Kromayer'sche Quecksilberlampe übertrifft durch ihre aktinische Kraft und ihre Tiefenwirkung alle übrigen Lampen. Mit ihr hat Verfasser eine ganze Reihe von Versuchen angestellt, die sehr ermutigend ausgefallen sind. Im ganzen behandelte er 53 Fälle, und zwar 29 mal Ischias, 3 mal Trigeminusneuralgie, 3 mal Okzipitalneuralgie, 4 mal Brachialneuralgie, 5 mal Interkostalneuralgie, 6 mal Arthralgie und 3 mal Lumbago. Davon trat in 35 Fällen Genesung und in 15 bedeutende Besserung ein, in 3 wurde keine Veränderung beobachtet.

Die Behandlungsweise war folgende. Bei der ersten Sitzung wurden in einer Entfernung von 5—7 cm diejenigen Hautbezirke, welche den Schmerzpunkten entsprachen, 1—2 Minuten lang bestrahlt. Darauf wurde die Reaktion abgewartet. Im allgemeinen verläuft dieselbe wie folgt. 6—8 Stunden nach der Bestrahlung entsteht auf der Haut eine leichte Röte, die allmählich intensiver wird, manchmal auch Blasen; nach Verlauf von ungefähr 20 Stunden erreichen diese Erscheinungen ihren Höhepunkt. Darauf läßt die Intensität nach. Nachdem diese Reaktion sich abgeschwächt hatte, wurden die Sitzungen nach einigen Tagen wiederholt oder neue Bezirke entsprechend den Schmerzpunkten der Bestrahlung unterworfen. Falls schon einmal bestrahlte Hautbezirke von neuem bestrahlt wurden, auf welchen bereits eine Reaktion erreicht worden war, mußte die Expositionszeit zur Erzielung einer neuen Reaktion bis zu 4—5 Minuten verlängert werden.

Die Schmerzen wurden nicht selten bald nach der Sitzung, d. h. vor Eintritt der Reaktion, milder, meistens aber erst nach 24—30 Stunden. In manchen Fällen steigerten sich dieselben aber gleichzeitig mit den Reaktionsercheinungen und milderten sich erst später. Eine Abhängigkeit des Erfolges von der Dauer der Krankheit vermochte Verfasser nicht festzustellen. Die Anzahl der Sitzungen war im allgemeinen eine bis zehn.

Daß die Wirkung der Quarzlampe nicht nur auf Ableitung zurückzuführen ist, lehrt einmal die Beobachtung, daß die Schmerzen manchmal sofort nach

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.

18

der Sitzung schon verschwanden, und zum anderen, daß ein Erfolg zu verzeichnen war, wo vordem schon Vesikatorien, Points de feu usw. vergeblich angewendet worden waren. Die Wirkung der ultravioletten Strahlen muß wohl ein spezifische, wenn auch noch leider unbekannte, auf die Schmerzen sein. Buschan (Stettin).

Taav. Laitinen (Helsingfors): Zusammenfassende Darstellung der neueren Forschungen über die hygienische Bedeutung des Alkohols. (Votr. im XVI. Intern. Med. Kongr. in Budapest, 1909, S. 9).

Die zusammenfassende, aber etwas ungeordnete Darstellung wird, wenn sie auch nicht vollständig ist, vielen willkommen sein. Sie geht aus von den Untersuchungen der Einwirkung des Alkohols auf Stoffwechsel und über den Nährwert des Alkohols, bespricht kurz die zunehmende Erkenntnis von der Gefährlichkeit des Alkohols als Arzneimittel, die Herabsetzung der normalen Widerstandsfähigkeit auch durch kleine Mengen Alkohol, die Organschädigungen durch Alkohol, die degenerierenden Wirkungen des Alkohols auf die Nachkommenschaft, die Einwirkungen auf Selbstmorde und Unfälle, die psychopathologischen und kriminogenen Wirkungen. Leider fehlen alle Literaturangaben.

L. kommt zu folgenden Schlußsätzen.

1. Die Bedeutung des Alkohols als echtes Nahrungsmittel ist durch die Forschungen der letzten Zeiten sehr in Frage gestellt, ja sogar zweifelhaft geworden.

2. Die die Widerstandsfähigkeit herabsetzende, die Degeneration befördernde und besonders die Nachkommenschaft verderbende Wirkung des Alkohols ist durch die letzten Untersuchungen immer klarer erwiesen worden.

3. Die Beziehung der alkoholischen Getränke zu der Kriminalität und die Bereitung (Unfälle) und der Handel mit denselben scheinen in der Gesetzgebung eine ganz besondere und zeitentsprechende Beachtung zu verdienen.

4. Es ist eine Pflicht der Ärzte, ihre Aufmerksamkeit noch viel mehr als bisher auf die Alkoholfrage zu richten und durch eingehendes Studium derselben sich zu überzeugen, ob es nicht als Wahrheit bestehen wird, wie auch die Untersuchungen der letzteren Zeit konstatiert haben, daß der Alkohol (die alkoholischen Getränke) für den Organismus ein ernstes Gift ist und eine der allergrößten Degenerationsursachen der Menschheit darstellt und darum aus der medizinischen Praxis und ganz besonders aus den Krankenhäusern entweder verbannt oder wenigstens mit derselben Sorgfalt wie alle anderen giftigen Stoffe angewendet werden müssen.

Hoppe (Königsberg).

Taav. Laitinen (Helsingfors): Contribution to the influence of alcohol on the human body especially on human offspring.

(Annales Academiae scientiarum Fennicae, Ser. A, Bd. II, Nr. 1, S. 1—69.)

Die Arbeit zerfällt in zwei Teile. Der erste, der für Nervenärzte besonderes Interesse bietet, behandelt den Einfluß des Alkohols auf die Nachkommenschaft. L. hat bereits in einem Vortrage auf dem Antialkoholkongreß zu Stockholm (veröffentlicht in der Zeitschrift für Hygiene 1907) Untersuchungen über die Einwirkungen minimaler Mengen Alkohol auf die Nachkommenschaft von Meer-schweinchen oder Kaninchen, die mehrere Monate hindurch täglich (mit Ausnahme des Sonntags) 0,1 ccm absoluten Alkohol pro Kilogramm erhalten hatten (auf den Menschen übertragen entsprechend nicht ganz einem Schnitt Bier), mitgeteilt; danach waren von den Jungen der Alkoholkaninchen 61,29 % gestorben, gegen 54,17 % Todesfälle bei den Jungen der Wasserkäninchen, und von den

Jungen der Alkoholmeerschweinchen 36,76 % gegen 21,74 % bei den Wassermerschweinchen; die Jungen der Alkoholkaninchen wogen im Alter von drei Tagen im Durchschnitt 79 g und nahmen in den ersten 20 Tagen durchschnittlich um 7,13 g täglich zu, während bei den Jungen der Wasserkanninchen die entsprechenden Zahlen 87,9 g und 9,46 g waren, und die Jungen der Alkoholmeerschweinchen wogen neugeboren durchschnittlich 73,41 g, nahmen in den ersten zehn Tagen um durchschnittlich 3,76 g und in den ersten 20 Tagen um 4,30 g täglich zu, während bei den Jungen von Wassermerschweinchen die entsprechenden Zahlen 77,31, 4,12 und 5,2 g waren.

L. hat nun ähnliche Untersuchungen beim Menschen angestellt und in sechs Jahren ein großes Material von 5845 (trinkenden und nicht trinkenden) Familien mit über 20000 Kindern zusammengebracht. Dieses setzt sich zusammen 1. aus 2125 Familien, die Antworten auf sehr eingehende an zuverlässige Personen versandten (15000) Fragebogen gaben, 2. aus 109 Familien mit 289 Kranken, die von zuverlässigen Personen in einer kleinen Landstadt beobachtet wurden, und endlich aus 3611 Familien, die L. selbst in seiner großen Praxis eingehend untersucht hat. Als abstinent wurden alle die Personen bezeichnet, die entweder niemals oder wenigstens seit ihrer Verheiratung nicht und bis dahin höchstens in einem außerordentlich geringen Maße Alkohol genossen hatten; als mäßig die, die höchstens täglich ein Glas einfaches Bier (4 %) oder die entsprechende Menge Alkohol zu sich nehmen; und als Trinker alle die, die täglich mehr zu sich nehmen.

Die Untersuchungen in der kleinen Stadt, wo die Gewohnheiten der Einwohner sehr genau bekannt sind, betrafen 59 trinkende und 50 nicht trinkende Familien mit 211 bzw. 278 Kindern unter gleichen Lebensverhältnissen. Die Resultate lassen sich in folgende Übersicht zusammenfassen:

| | be- wohnte Räume | durchschn. der Mutter | Alter des Vaters | Kinder pro Familie | ge- storben | Aborte | schwache Kinder | Krämpfe in der Kindheit |
|----------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|----------------|--------|--------------------|-------------------------------|
| Abstinenten Familien | 2,83 | 39,52 | 47,16 | 4,28 | 18,48% | 0,94% | 1,3% | — |
| Trinkende Familien | 2,31 | 39 | 40,27 | 4,72 | 24,82% | 6,21% | 8,27% | 3,23% |

Die Familien, die die Fragebogen beantworteten, zerfallen in 840 abstinenten, 623 mäßige und 662 Trinkerfamilien, die auch alle unter ziemlich gleichen Verhältnissen lebten; die Zahl der bewohnten Räume pro Familie betrug bzw. 3,73, 3,95, 3,70; das durchschnittliche Alter der Mutter bzw. 30,98, 30,48, 29,73 Jahre; das des Vaters bzw. 35,57, 37,10, 34,09 Jahre. Die Untersuchungen, die sich hier auf das Gewicht der Kinder zur Zeit der Geburt und während der ersten acht Lebensmonate bezogen, ergaben:

1. Mädchen.

| Kinder von | bei Geburt | Gewicht nach | | | | | | | |
|---------------------|---------------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 1 Mon. | 2 Mon. | 3 Mon. | 4 Mon. | 5 Mon. | 6 Mon. | 7 Mon. | 8 Mon. |
| Abstinenten | 3600 | 4290 | 5180 | 5970 | 6710 | 7370 | 8050 | 8430 | 9090 |
| Mäßigen | 3570 | 4140 | 5100 | 5810 | 6620 | 7310 | 7860 | 8290 | 8910 |
| Trinkern | 3470 | 4120 | 4970 | 5560 | 6440 | 7140 | 7800 | 8250 | 8880 |

2. Knaben.

| | | | | | | | | | |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Abstinenten | 3870 | 4750 | 5930 | 6690 | 7760 | 8070 | 8740 | 9250 | 9880 |
| Mäßigen | 3780 | 4650 | 5710 | 6600 | 7370 | 7930 | 8490 | 9170 | 9810 |
| Trinkern | 3700 | 4410 | 5360 | 6240 | 6860 | 7570 | 8120 | 8600 | 9150 |

18*

Weiter zu diesen bisher besprochenen 2234 Familien die 3611 Familien hinzugenommen, die L. selbst beobachtet hat, so daß die Gesamtuntersuchung sich auf 1551 abstinente, 1883 mäßige und 2461 trinkende Familien sich erstreckt, so ergab sich, während die Lebensverhältnisse der drei Kategorien im allgemeinen übereinstimmten, bezüglich der Kinder:

| der | Gewicht bei der Geburt | | Gestorben | Aborte und Fehlgeburten |
|-------------------|------------------------|--------|-----------|-------------------------|
| | Mädchen | Knaben | | |
| Abstinenten . . . | 3670 | 5970 | 13,45 % | 1,07 % |
| Mäßigen | 3590 | 3780 | 23,17 „ | 5,26 „ |
| Trinker | 3460 | 3700 | 32,02 „ | 7,11 „ |

Ferner ergab sich bei Knaben und Mädchen in den Familien der

| | der erste Zahn im Alter von | am Ende des achten Monats | |
|-------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| | | zahnlos | durchschn. Zahl der Zähne |
| Abstinenten . . . | 4,1 Monaten | 27,5 % | 2,5 |
| Mäßigen | 4,9 „ | 33,9 „ | 2,1 |
| Trinker | — ¹⁾ | 42,3 „ | 1,5 |

Die Resultate sind hier so genau mitgeteilt worden, weil Ref. sie für außerordentlich wesentlich hält und weil sie unzweideutig beweisen, daß schon der tägliche Genuß von Alkohol bis zur Menge, die in einem Glase Bier enthalten ist, schädigend und entwicklungshemmend auf die Nachkommenschaft einwirkt.

Die weiteren Untersuchungen L.'s bezogen sich auf die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen, sowie die hämolytische und bakterizide Kraft des Blutserums bei Abstinenten und Nichtabstinenten. Sie ergaben kurz folgendes:

1. Die normale Widerstandsfähigkeit menschlicher roter Blutkörperchen gegen fremdes, normales Serum oder ein Immunserum scheint durch den Gebrauch von Alkohol etwas herabgesetzt zu werden, vorausgesetzt, daß eine große ungefähr gleiche Zahl Nichtabstinenten und Abstinenten beider Geschlechter geprüft und auf beiden Seiten der Durchschnitt der Widerstandsfähigkeit genommen wird: diese letztere Einschränkung muß gemacht werden, weil die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen bei den verschiedenen Menschen sehr verschieden ist. Der Unterschied ist oft größer, wenn schwächere Lösungen gebraucht werden, als wenn stärkere genommen werden.

2. Diese Versuche haben gezeigt, daß die hämolytische Kraft des menschlichen Blutserums bei Nichtabstinenten geringer ist als bei Abstinenten.

3. Das Ausfällungsvermögen zwischen einer Lösung von 1 % menschlichem Blutserum und verschiedenen Lösungen von Immunserum (erhalten durch Immunisierung der Tiere mit menschlichem Serum) war bei Nichtabstinenten größer als bei Abstinenten.

4. Die Komplementwirkung von menschlichem Blutserum war gemäß diesen Versuchen größer bei stärkeren Lösungen (0,4 bis 0,04) und geringer bei schwächeren Lösungen (0,02 bis 0,0004) in den Fällen der Nichtabstinenten als in den der Abstinenten; es bestand jedoch kein großer Unterschied.

¹⁾ Bei den Trinkerfamilien traten die ersten Zähne so spät auf, daß sie für diese Berechnung nicht mehr verwendbar waren.

5. Diese Versuche haben auch gezeigt, daß die bakterienabtötende Kraft von Blutserum gegen Typhusbakterien geringer war bei Nichtabstinenten als bei Abstinenten.

Es scheint daraus hervorzugehen, daß Alkohol selbst in verhältnismäßig kleinen Mengen einen schädlichen Einfluß auf den schützenden Mechanismus des menschlichen Körpers hat.

Hoppe (Königsberg).

Kötscher: Über Alkoholmißbrauch, die Bewertung seiner Folgen in foro und ihre gesetzliche Behandlung.

(Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., Bd. XXVI, Ergänzungsheft, Flehsigfestschrift, S. 212.)

Tritt für Gründung von Trinkerasylen ein, sowie für Änderungen in der Handhabung der Entmündigung von Trinkern, und sucht Kommunen, Krankenkassen und Armenverbände für seine recht zweckmäßig erscheinenden Vorschläge zu interessieren.

Haymann (Freiburg i. Br.).

Harvey Cushing and James Bordley (Baltimore): Subtemporal decompression in a case of chronic nephritis with uremia; with especial consideration of the neuroretinal lesion.

(The amer. Journal of Medical Sciences, Oktober 1908.)

Ausgehend von der schon von Traube ausgesprochenen Ansicht, daß die bei der sog. Urämie auftretenden zerebralen Symptome auf einen durch Gehirn-ödem bedingten zerebralen Überdruck zurückzuführen sind, machten die Verf. bei einer 22jährigen Frau, deren chronische Nephritis zu einer Urämie geführt hatte, die subtemporale Palliativtrepanation. Schon bald nach der Operation wurde das Sensorium frei, die Kopfschmerzen, das Erbrechen usw. hörten auf und machten subjektivem Wohlbefinden Platz; ein gleichzeitig bestehendes neuroretinales Ödem besserte sich ebenfalls. Die Patientin verließ vorzeitig das Hospital und starb einige Wochen später an einer Apoplexie. Verf. empfehlen, bei Urämie zunächst mehrfache Lumbalpunktionen vorzunehmen, wenn diese erfolglos sind, soll die subtemporale Palliativtrepanation gemacht werden.

C. Brons (Dortmund).

Clyde R. McKinniss (Norristown, Pa.): A statistical study of alcoholism as a causative factor in insanity.

(Medical Record 1909, Bd. LXXVI, Nr. 22.)

Von 520 männlichen Kranken, die zumeist aus Philadelphia und anderen größeren Städten von Philadelphia, Delaware, Montgomery, Bucks, Lehigh und Northampton in die Irrenanstalt zu Norristown aufgenommen wurden, war in 46 % entweder Alkoholmißbrauch allein oder in Verbindung mit anderen Ursachen als ätiologischer Faktor anzusehen. 13,5 % wurden als alkoholische Psychosen klassifiziert. In 41 % der Imbezillen und 34,5 % der Epileptischen war Alkohol für die Entstehung der Psychose verantwortlich zu machen.

Buschan (Stettin).

Alfred Braun (New York): Mastoiditis complicated by purulent leptomeningitis, epidural abscess, and sinus thrombosis.

(Medical Record, 1909, Bd. LXXVI, Nr. 16.)

27jährige Frau erkrankte mit Schmerzen im Ohre, Taubheit und Ohrenklingen; die Untersuchung ergab eine Perforation des Trommelfells und Eiter im Ohr. Puls und Temperatur normal, keine Empfindlichkeit des Warzenfort-

satzes. Ungefähr 5 Wochen später klagte die Kranke über heftigen Kopfschmerz auf der rechten Seite. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus wurde am Trommelfell, das verheilt war, nichts Besonderes festgestellt; Warzenfortsatz selbst auf starken Druck nicht empfindlich, keine Weichheit desselben. Temperatur 100,2° F (= ca. 38° C.), Puls 84. Pupillen gleich groß, gut reagierend. Leichter rotatorischer Nystagmus. Auf dem dem kranken Ohre entsprechenden Auge ophthalmoskopisch Anzeichen einer alten Choroiditis und beginnenden Neuritis optica. Der Hintergrund des anderen Auges normal. Kniesehenreflexe gesteigert, Gang gut. Keine Spur von Muskelschwäche. Kein Kernigsches oder Babinskisches Zeichen. Keine Hyper- oder Anästhesie. Abgesehen von leichter Erregbarkeit in psychischer Hinsicht nichts Abnormes. Lumbalpunktion ergab ungefähr 5 ccm trüber Flüssigkeit, die leider verunglückte, so daß keine weitere Untersuchung vorgenommen wurde. Die Kopfschmerzen wurden in der Nacht heftiger, am übernächsten Morgen stieg die Temperatur auf 105° F (= 40,5° C.) an, die Kranke wurde komatös und starb.

Die Autopsie ergab ausgehend vom Mastoidfortsatz eine Eiterung in der mittleren Schädelgrube, welche die ganze Gehirnbasis in Mitleidenschaft gezogen hatte.

Der Fall erscheint bemerkenswert, einmal wegen der hochgradigen Knochenzerstörung und der Ansammlung von Eiter in den Zellen der Mastoidapophyse, ohne daß äußerlich etwas an dieser Stelle, ebensowenig eine Entzündung am Trommelfell wahrzunehmen war, sodann wegen des Vorhandenseins einer eitrigen Leptomeningitis bei fehlenden Kardinalsymptomen und drittens wegen der Ausdehnung des eitrigen Prozesses vom epiduralen Abszeß aus auf die Pia durch die anscheinend normale Dura.

Buschan (Stettin).

Ziehen: Über einen Fall von Hemihypertrophia faciei mit angeborenem Schwachsinn.

(Zeitschrift f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendlichen Schwachsinn, Bd. III, Heft 3, 1909.)

Das Kind zeigt links am Gesicht und Augenlid im Bereich der Trigeminausbreitung eine Vergrößerung besonders der Weichteile, aber auch der ganzen Orbita, nach Ansicht des Verf. auf Grund einer Störung der vom Sympathikus stammenden vasomotorischen und sekretorischen Fasern des Trigemini. Diese Störung kann, ebenso wie der Schwachsinn, auf eine Schädigung bei der Geburt zurückgeführt werden. Die beigefügten Abbildungen geben eine gute Vorstellung von der Anomalie.

Müller (Dösen).

Schnitzer: Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des chronischen Hydrozephalus.

(Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendlichen Schwachsinn, Bd. III, Heft 3, 1909.)

Von den zwei Fällen wird der eine, welcher sich durch eine enorme Atrophie der Hirnsubstanz auszeichnet, auf eine außergewöhnlich starke Verengung des Sinus longitudinalis und der Pialvenen, der andere auf entzündliche Vorgänge zurückgeführt.

Müller (Dösen).

Francisco M. Fernandez (Havanna): A case of total ophthalmoplegia. (Medical Record 1909, Bd. LXXVI, Nr. 24.)

Eine ungefähr 30jährige Negerin, die ein Jahr vorher an Taubheit in der rechten Gesichtshälfte gelitten hatte, bei Einsetzen der Augenerscheinungen von neuem ähnliche Erscheinungen verspürt und ein paar Tage vorher Erbrechen

und Übelkeit gehabt hatte, bemerkte eines Morgens eine Lähmung des rechten Augenlides. Die Untersuchung stellte eine vollständige Ophthalmoplegie fest: Ptosis, Unmöglichkeit das Auge zu bewegen, größere Pupille als auf der linken Seite, Beschränkung der Sehkraft auf Lichtempfindung; dazu herabgesetzte Empfindlichkeit einer Zone auf der rechten Gesichtshälfte, welche die Binde- und Hornhaut mit einschloß. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab das Fehlen charakteristischer Erscheinungen. Da eine traumatische Ursache, ebenso irgendeine periphere, ferner eine Periostitis oder ein Diabetes auszuschließen waren, so vermutete der Verf. Syphilis als Ursache und leitete eine spezifische Behandlung ein. Leider verlor er nach acht Tagen die Frau aus den Augen.

Buschan (Stettin).

Campbell: Störungen der Merkfähigkeit und fehlendes Krankheitsgefühl bei einem Fall von Stirnhirntumor.

(Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., Bd. XXVI, Ergänzungsheft, Flechsigfestschrift, S. 33.)

Es wird ein Fall mitgeteilt, der neben den gewöhnlichen Symptomen des Stirnhirntumors auch die beiden selteneren der Merkfähigkeitsstörung und des fehlenden Krankheitsgefühls zeigt. Beiden spricht der Verf. lokaldiagnostische Bedeutung zu und erklärt sie durch eine Schädigung des frontalen Assoziationszentrums (Flechsig).

Haymann (Freiburg i. Br.).

James Bordley and Harvey Cushing (Baltimore): Alterations in the color fields in cases of brain tumor.

(Archives of Ophthalmology, 1909, Bd. XXXVIII, Nr. 5, S. 451.)

Die bisher allein für Hysterie als charakteristisch geltende Dyschromatopsie findet sich auch in vielen Fällen von Hirntumor, sie ist auf den intrazerebralen Überdruck zurückzuführen. Am frühesten ist die Grenze für Blau betroffen, während Rot so gut wie nicht verändert wird. Neben einer Kreuzung kann auch eine vollständige Inversion der Farbengrenzen bestehen, dabei ist häufig die Weißgrenze noch ganz normal. Es können auch insuläre Skotome für Blau und sogar Blaublindheit vorkommen.

Im einzelnen wurden folgende Befunde erhoben: Von 56 Tumorfällen wiesen 50 Veränderungen der Farbengrenzen im Gesichtsfeld auf, während nur 14 gleichzeitige Veränderungen der Formgrenzen hatten. Es fand sich Kreuzung der Farbengrenzen 25 mal, Inversion 9 mal, Hemiachromatopsie 4 mal, insuläre Blauskotome 3 mal, Blaublindheit 3 mal, komplette Grünblindheit 1 mal, komplette Achromatopsie 5 mal und völlig normales Gesichtsfeld 6 mal. 41 Fälle bekamen durch die Operation (palliativ oder radikal) wieder ein normales Gesichtsfeld.

C. Brons (Dortmund).

James Bordley and Harvey Cushing (Baltimore): Observations on choked disc with especial reference to decompressive cranial operations.

(The Journal of the Amer. Medical Association, 1909, Bd. LII, S. 353.)

Die Verf. geben eine kurze Übersicht über ihre Erfahrungen bezüglich der mit Stauungspapille komplizierten Hirnaffektionen; sie sind überzeugte Anhänger der frühzeitigen Palliativtrepanation bei Stauungspapille, da sie in dem Hirnüberdruck das wichtigste Moment zur Entstehung derselben erblicken (cf. Observ. on experimentally induced choked disc. John Hopkins Bulletin, 1909, Bd. XX). Auch ihre klinischen Erfahrungen sprechen zugunsten der mechanischen Theorie. So fanden sie bei Meningitis und Hirnabszeß nur dann Stauungspapille, wenn ein

Hydrozephalus das Bild komplizierte, ebenso sahen sie nach einfachen Hirnoperationen St. auftreten, wenn es bei der Operation zu einer Verdrängung und Kompression des Gehirns gekommen war, oder wenn eine nachträgliche extradurale Blutung eine Kompression bewirkte, die St. pflegt in solchen Fällen sofort zu verschwinden, wenn das den Hirnüberdruck bedingende Moment beseitigt wird. Nicht alle Hirntumoren führen zu St., es gibt große infiltrierende Gliome, die nie St. machen, während ganz kleine Tumoren von einer beträchtlichen St. begleitet sind. Nicht der Tumor an sich resp. seine Größe ist maßgebend, sondern allein der Umstand, ob es zu einem Hirnüberdruck kommt oder nicht. In den meisten Fällen bildet sich ein Hydrozephalus internus aus, und so kommt es, daß vor allem die subtentorialen und zentralen Tumoren frühzeitig zu einer ausgeprägten und auf beiden Seiten gleichmäßig ausgebildeten St. führen. Die Basistumoren machen erst später durch mechanische Kompression des III. Ventrikels Druckerscheinungen, es kann dann, z. B. bei Hypophysistumoren, wenn schon lange vorher beide Optizi durch Druck atrophisch geworden sind, zu einer Stauungspapille des atrophischen Sehnerven kommen. Auf Grund ihrer klinischen Beobachtung glauben die Verf., daß auch das typische Bild der sog. Retinitis albuminurica bei Nephritikern nur dann zustande kommen kann, wenn es zu Hirnödemen und damit zum Hirnüberdruck gekommen ist, denn es gibt nicht nur Fälle von reiner Stauungspapille bei Nephritikern, sondern es kommt auch das typische Bild der Sternfigur in der Retina bei reinen Hirntumoren vor; Verf. konnten das bei 12 von 200 Fällen von Hirntumor nachweisen. Überdies wiesen sie durch Lumbalpunktion bei solchen Nephritikern direkt nach, daß die Zerebrospinalflüssigkeit unter sehr hohem Druck — bis zu 60—80 cm Steigung im Rohr — stand.

Praktisch führt die St. fast immer zur Erblindung, wenn auch der Zeitpunkt des Eintritts ganz verschieden ist, das beste Mittel zur Verhütung ist die Palliativtrepanation, die zur Vermeidung unglücklicher Ausgänge unter den Temporalmuskel angelegt werden soll. Ferner muß die Wunde sofort wieder fest vernäht werden; die Richtschnur, wann die Operation vorgenommen werden soll, wird durch eine genaue Beobachtung der Augen gegeben, wobei die Gesichtsfeldaufnahme die größte Rolle spielt. Mit Hg-Jk.-Kuren soll nicht unnütz Zeit vergeudet werden, es ist besser, solche Kuren nach der Palliativtrepanation vorzunehmen. Aus der Fülle der anregenden Bemerkungen, die die Arbeit enthält, konnten nur diese hauptsächlichsten Punkte herausgegriffen werden.

C. Brons (Dortmund).

Hans Haenel (Blasewitz): Osteoarthropathia vertebralis.

(Neurol. Zentralbl., 1909, S. 20—23.)

Den Fällen, die Frank 1904 zusammengestellt hat, fügt H. einen anderen zu. Bei dem 52jährigen Offizier, der seit 1897 an Tabes leidet, traten Anfang 1908 neuralgiforme Schmerzen im Kreuz, Steiß, linken Gesäß, linker Leisten- gegen den linken Hacken ausstrahlend auf, und zugleich Schwäche im Rücken und Bedürfnis zu liegen. Die Untersuchung ergab eine Kyphose der Lenden und Lordose der Brustwirbelsäule. Der vierte und fünfte Lendenwirbel waren, wie die Röntgenuntersuchung zeigte, fast zu einer Masse zusammengeschmolzen, der Intervertebralraum bis auf Spuren geschwunden, der Raum zwischen fünftem Lendenwirbel und Os sacrum völlig abliteriert; an beiden Seiten überbrückten breite Knochenmassen den Intervertebralraum, während die Querfortsätze auf-

fallend blaß erscheinen (Osteoporose): am zweiten und dritten Lendenwirbel auffallende Auswüchse und Zacken. Durch die Wirbelkrankheit, die sich als Atrophie verbunden mit Hypertrophie darstellt, hat sich die Körperlänge gegen früher um 6 cm verringert. In der hypertrophischen Bildung sieht H. reine Luxusfunktion und faßt, da irgendeine mechanische Verletzung der Wirbelsäule bei dem wegen seiner Ataxie fast dauernd liegenden Patienten ausgeschlossen war, die Arthropathie als Folge trophischer Störungen des Nervensystems auf.

Hoppe (Königsberg).

N. Spielmeyer: Pseudosystemerkrankungen des Rückenmarks nach Stovainanästhesie.

(Neurol. Zentralbl., 1909, S. 69—80.)

Die Untersuchungen sind an zehn Tieren (Hunden und Affen) angestellt. Während bei Tabes, bei Trypanosomentabes und bei den Fernwirkungen von Hirntumoren der intramedulläre Abschnitt der Hinterwurzeln stärker erkrankt als der extramedulläre, der häufig nicht ganz intakt ist, wenn die Wurzeleintrittszone bereits schwer erkrankt ist, ist es bei der Erkrankung der Hinterwurzeln nach Stovainanästhesie gerade umgekehrt. Das Stovain greift offenbar den extramedullären Teil der Hinterwurzeln an, und die Erkrankung der intramedullären Zone erscheint nur als Folge einer Schädigung des extramedullären Abschnittes. Diese Schädigung ist nach S. direkte Giftwirkung: auf dem Wege durch den Subdural- bzw. Meningealraum werden die Wurzeln von dem sie umspülenden Stovain angegriffen und zerstört. Doch hängt die Intensität der Zerstörung nicht von der Menge des Stovains ab. Die klinischen Störungen waren im Verhältnis zu den anatomischen Veränderungen in einzelnen Fällen sehr gering. Außer der Wurzelkrankung fand sich noch Randdegeneration und eine Erkrankung der Vorderhornzellen vom Typus der retrograden Zellenerkrankung.

Ob diese Befunde in ähnlicher Weise auch beim Menschen nach Stovainanästhesie vorhanden sind, ist vorläufig nicht zu sagen. Pseudosystematische Degenerationen, wie sie bei den Tieren gefunden wurden, sind beim Menschen noch nicht beschrieben worden. Doch können sehr wohl manche der sensiblen und motorischen Störungen nach Stovainanästhesie auf analogen Veränderungen der Rückenmarkswurzeln und der Rückenmarkspерipherie beruhen. Vorläufig läßt sich nur sagen, daß bei Tieren nach Stovainanästhesie pseudosystematische Erkrankungen des Rückenmarkes vorkommen, die aus Wurzel- und Randdegeneration hervorgehen.

Hoppe (Königsberg).

Jenő Kollarits (Budapest): Blutbrechen bei Crises gastriques tabétiques; Sektionsbefund.

(Neurol. Zentralbl., 1909, S. 11—17.)

Bei einem 58jährigen Ackerbauer, bei dem die ersten Symptome der Tabes zwei Jahre vorher auftraten (lanzinierende Schmerzen, Urinbeschwerden), traten fünf Monate vor der Aufnahme in die Nervenlinik Magenkrise auf, infolge deren Pat. sehr abmagerte. In der Klinik fast dauernd Magenschmerzen, nur nach dem Erbrechen eine leichte Linderung. Nach einigen Monaten begann der Kranke bei jedem Erbrechen in ziemlich großer Menge Blut zu brechen, und da auch einmal der Stuhl blutig war, so lag die Annahme eines Magenkarzinoms oder Ulkus nahe. Doch ergab nach dem bald erfolgten Tode die Sektion keine Spur

einer Ulzeration und überhaupt keine Läsion in Magen und Darm, die die Blutung hätte erklären können.
Hoppe (Königsberg).

A. Pick: Bemerkungen über das Realitätsurteil von den Halluzinationen.

(Neurol. Zentralbl., 1909, S. 66—69.)

Goldstein hat in seiner Arbeit über die Halluzinationen betont, daß das Kriterium für die Realität einer Wahrnehmung auf der inhaltlichen und räumlichen Kongruenz, der Kontinuität des psychischen Einzelphänomens (der Teilwahrnehmung) mit dem gesamten Wahrnehmungsfelde, dem übrigen Erfahrungsschatze beruht. Als indirekten Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung weist P. auf ein psychologisches Experiment Stratton's hin, der durch vorgesetzte Linsen ermöglichte, daß das Bild der Umgebung auf der Netzhaut um 180° gedreht und alles verkehrt erschien, die Hände z. B. von oben ins Gesichtsfeld zu kommen schienen. Dabei stellte sich heraus, daß die Bilder, trotzdem sie ganz klar und bestimmt waren, zuerst nicht wirkliche Dinge zu sein schienen, sondern verschoben als falsche oder illusorische Bilder, indem die normalen Erinnerungsbilder auch weiterhin als Kriterium der Wirklichkeit blieben; die Dinge wurden in einer Weise gesehen und in einer anderen gedacht. Erst allmählich begann sich infolge der neuen Erfahrungen die Macht der alten Lokalisation abzuschwächen, bis die gesehenen Bilder zu wahren wurden. P. weist ferner auf die Halluzinationen bzw. Illusionen bei Amputierten an der Stelle des amputierten Teils hin, die als real empfunden werden, weil inhaltlich und räumlich jede Inkongruenz mit dem übrigen Wahrnehmungsinhalte fehlt. Hoppe (Königsberg).

Liepmann: Franz Joseph Gall.

(Deutsche medicin. Wochenschrift, 1909, Nr. 22.)

Liepmann weist zwar eine übergroße Wertschätzung Gall's, wie z. B. durch Moebius, zurück, hebt aber die gewaltigen Verdienste des Forschers um die Fortschritte der Gehirnanatomie und -physiologie usw. hervor. Gall habe im Gegensatz zu vielen Zeitgenossen die Großhirnhemisphäre als Sitz des Bewußtseins erkannt und die Zusammensetzung der weißen Substanz aus leitenden Nervenfasern entdeckt; er sei als der Vater der Gehirnlokalisation anzusehen. Ein kurzer Lebenslauf schließt den Aufsatz. Müller (Dösen).

Raebiger (Kamerun): Psychose und Induktionspsychose.

(Deutsche medicin. Wochenschrift, 1909, Nr. 25.)

Ein schon vorher sonderbarer Pflanzungsleiter und sein Assistent zeigen fast gleichzeitig ähnliche psychische Krankheitserscheinungen mit vorherrschendem Negativismus. Der Verf. nimmt eine typische „psychische Infektion“ des Assistenten an. Dieser bot weiterhin nur die Anzeichen der Apathie, während bei dem Leiter neben katatonischen Erscheinungen auch Wahnideen zutage traten. Beide wurden bald nach Deutschland gebracht. Auf die Gefahr der Tropen für psychisch labile Menschen wird aufmerksam gemacht. Müller (Dösen).

Für die Redaktion verantwortlich: Prof. Dr. Robert Gaupp, Tübingen. — Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig. — Druck von Grimme & Trömel, Leipzig.

Zweites Märzheft 1910.

UNIV. OF MICH

APR 30 1910

656.85 31
C4
33. Jahrgang.

Nr. 306.

Neue Folge 21. Band.

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie

Herausgegeben

im Verein mit zahlreichen Fachmännern
des In- und Auslandes

von

Dr. Robert Gaupp

Professor der Psychiatrie an der Universität Tübingen.

1910, Heft 6.



Leipzig, 1910

Verlag von Johann Ambrosius Barth

Dörrienstraße 16.

*Jährlich ein Band von 24 Hefen. Preis des Bandes M. 24.—, nach dem Ausland postfrei M. 27.60.
Durch alle Buchhandlungen, die Postanstalten, sowie direkt vom Verlag zu beziehen.*

Inhalt des zweiten März-Heftes.

I. Originalartikel.

| | Seite |
|---|-------|
| A. Hoche. Die Melancholiefrage | 193 |
| Karl Wilmanns. Zur klinischen Stellung der Paranoia | 204 |

II. Vereinsberichte.

Société de Neurologie de Paris (6. V. 1909).

| | |
|--|-----|
| Brissaud et Sicard. Méningite ambulatoire postérieure | 212 |
| M. Tinel. Le diagnostic des Anaesthésies par l'exploration au Diapason | 212 |
| J. Dejerine et J. Tinel. Un cas de Radiculite lombosacrée à méningocoque | 212 |
| André Thomas et Tinel. Hemichorée et signes de lésion organique du système nerveux central | 212 |
| André Thomas et Tinel. Hématomyélie cervicale avec hématurie | 212 |
| Ch. Achard et Ch. Foix. Tabes fruste avec arthropathie | 212 |
| Paul Touchard et Mme Fabre. Un cas de Syringomyélie traité par le radium | 213 |
| Paul Touchard et Mme Fabre. Un cas de Sciatique traité par le radium | 213 |
| Noica. Rapport entre les mouvements associés spasmodiques et les Reflexes tendineux et périostiques | 213 |
| Noica. Sur le type en extension du membre supérieur à l'état de contracture | 213 |
| M. A. Souques. Mouvements d'élévation de la Paupière supérieure associés aux mouvements d'abaissement de la Mâchoire | 213 |
| Brissaud et Bauer. Sur les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen | 213 |
| M. L. Marchand. Maladie de Gilles de la Tourette et Paralysie générale | 213 |
| E. Brinet u. Olmer. Chorée héréditaire chronique | 214 |
| A. J. Babinski. Deux cas de Tumeur Cérébrale du lobe frontal | 214 |

Société de Neurologie de Paris (13. Mai 1909).

| | |
|--|-----|
| André Thomas. De quelques altérations des Racines antérieures dans le Tabes | 214 |
| M. et Mme Déjerine. Contribution à l'étude des Localisations Motrices Spinales dans un cas de désarticulation scapulo-humérale | 214 |
| Laignel-Lavastine et Boudon. Un cas de Myasthénie grave d'Erb Goldflam avec autopsie | 214 |
| Rossi et Roussy. Etude anatomique d'un quatrième cas de Sclérose Amyotrophique | 215 |
| M. Jumenté. Contribution à l'étude des Fibres aberrantes de la voie Pédonculaire de la dégénérescence de la Pyramide et du Ruban de Reil dans les lésions de l'étage antérieur du Pont | 215 |
| J. Tinel. Les lésions Radiculaires dans les Méningites | 215 |
| N. Lennols et Durend. Deux cas de Tumeur de l'Angle ponto-cérébelleux | 215 |
| E. Brinet. Trois cas de Tumeurs cérébrales | 215 |

III. Referate und Kritiken.

Allgemeine Pathologie des Nervensystems.

| | |
|--|-----|
| Yoshimura. Über die Ausbreitung der reflexogenen Zone für das Babinski-Phänomen | 215 |
| Ariens Kappers und H. Vogt. Die Verlagerung der motorischen Oblongatakerne in phylogenetischer und teratologischer Beziehung | 216 |
| C. F. van Valkenburg. Zur Anatomie der Hinterstränge (kreuzende Fasern) | 216 |
| Ernst Bloch. Zur Kontraktion des Quadrizeps nach Schädelbrüchen | 217 |
| S. Goldflam. Über Abschwächung bzw. Aufhebung des Zehen-Verkürzungsreflexes | 217 |
| Oppenheim und Krause. Über Einklemmung bzw. Strangulation der Cauda equina | 218 |
| Engelen. Verschiedene klinische Erscheinungsformen von Lues des Zerebrospinalsystems | 218 |
| Kron. Periphere Nerven und Unfall | 218 |
| Wilhelm Trendelenburg und Oswald Bamke. Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Wege der Pupillenfaser des Sympathikus | 218 |
| Harvey Cushing und James Bordley. Observations on experimentally induced choked disc | 219 |
| Henning Rönne. Über tonische Akkommodationsreaktion lichtstarrer Pupillen | 220 |
| von Bechterew. Über die Lokalisation der motorischen Apraxie | 221 |
| E. Franke. Angeborene zyklische Okulomotoriuskrankung und Hippus der Regenbogenhaut | 221 |
| Kurt Halbey. Tabes dorsalis und (akute) apoplektische Bulbärparalyse | 222 |
| Franz Conzen. Uteruskrisen bei Tabes | 222 |
| P. A. Ostankow. Gastrische Krisen der Tabiker als Folgeerscheinungen des Morphiums | 222 |
| Alfred Gordon. Pathogenesis of tabetic arthropathies based upon an anatomo-clinical study of two cases | 223 |
| Carl Rosenthal. Zur Physiologie der Massage. VI. Einfluß der Massage auf eine Reihe von Gefühlsqualitäten | 224 |
| S. Brustein. Die Kromayer'sche Quarzlampe als Antineuralgicum | 225 |
| Taav. Laitinen. Zusammenfassende Darstellung der neueren Forschungen über die hygienische Bedeutung des Alkohols | 226 |
| Taav. Laitinen. Contribution to the influence of alcohol on the human body especially on human offspring | 226 |
| Kötscher. Über Alkoholmißbrauch, die Bewertung seiner Folgen in foro und ihre gesetzliche Behandlung | 229 |
| Harvey Cushing und James Bordley. Subtemporal decompression in a case of chronic nephritis with uremia; with especial consideration of the neuroretinal lesion | 229 |
| Clyde R. McKinniss. A statistical study of alcoholism as a causative factor in insanity | 229 |
| Alfred Braun. Mastoiditis complicated by purulent leptomeningitis, epidural abscess, and sinus thrombosis | 229 |

Fortsetzung siehe Seite VII.

II

LECIN

**ARSEN-LECIN.
CHINA-LECIN.**

Reizloses Eisen-Eiweiß mit Lecithin-Phosphorsäure.

Appetitanregendes Tonikum u. Nervinum. Arsen-Lecin-Tabletten

Lecin f. 20 Tage (m. Einnehme gl.) M. 2.—; (Kassenp. f. 10 Tage M. 0.90); 40 Tabl. M. 1.—; in Apotheken. Literatur und Versuchsproben ab **Lecinwerk Hannover (Dr. E. Laves).**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.

Offene Kuranstalt für Nervenkranken.

Ärztliches Pädagogium für jugendliche Nerven- und Gemütskranke.

Dr. M. Schulze-Kahleyss' Sanatorium

Hofheim i. Taunus, zwischen Wiesbaden und Homburg.

Klinisch geleitete kleine Anstalt (30 Patienten) für Nervenkranken (Psychosen ausgeschlossen).
Entziehungskuren. Sorgsame Verpflegung, mäßige Preise.

In der Behandlung wird der Hauptwert auf eine vorwiegend psychische Behandlung der Nervenkranken gelegt.

Sommer und Winter gut besucht. 2 Ärzte. Prospekt franko.

Sanatorium Dr. Arndt, Meiningen

Für Nervenkranken und Erholungsbedürftige

(früher im Besitze des Herrn Dr. Passow).

Prospekt durch den leitenden Arzt und Besitzer **Dr. med. Erich Arndt.**

MORPHIUM

Entwöhnung absolut zwanglos und ohne Entbehrenserscheinung. (Ohne Spritze.)

Dr. F. Müller's Schloss Rheinblick, Bad Godesberg a. Rh.

Modernstes Specialsanatorium.
Aller Comfort. Familienleben.
Prosp. frei. Zwanglos. Entwöhn. v.

ALKOHOL

Haus Rockenau

b. Eberbach
(Baden).

Nervenkranken. — Entziehungskuren.

(Ausführlicher Prospekt.)

Dr. Fürer.

Dr. Richard Fischers Kurhaus

für Nerven- und Gemütskranke.

Neckargemünd bei Heidelberg.

Privat-Heil- und Pflege-Anstalt. — Prospekte durch die Direktion.

Bornyval

(Borneol-Isovalerianat)

zeigt die spezifische Wirkung des Baldrians in mehrfacher Multiplikation ohne unangenehme Nebenwirkungen

Sedativum und Nervinum

Besondere Indikationen: Herz- und Gefäß-Neurosen, Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie, nervöse Agrypnie und Cephalgie, Menstruationsbeschwerden, Asthma nervosum

Dosis: Meist 3—4 mal täglich eine Perle

Original-Schachteln zu 25 Perlen

Scopomorphin

(Scopolamin — Morphin)

1. zur Totalnarkose (Scopolamin-Narkose nach Korff)
2. zur Halbnarkose
3. als Analgetikum und Sedativum zur Beruhigung Aufgerechter, zur Schmerzstillung, namentlich bei inoperablen Karzinomen

Originalschachteln mit 5 Ampullen zu 1 oder 2 ccm

Literatur und Muster zur Verfügung

J. D. Riedel A.-G., Berlin N. 39

Bromglidine

neues Brom-Pflanzeneiweiß-Präparat. Reizloses, von Nebenwirkungen freies Sedativum von höchster Wirksamkeit. Angenehmer Ersatz für Bromkali. Ermöglicht, lange Bromkuren durchzuführen, ohne daß Nebenwirkungen auftreten. Indic.: Nervenkrankheiten, besonders Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie, nervöse Angstzustände, Neuralgie, Chorea, Kopfschmerzen, durch Neurasthenie hervorgerufene Schlaflosigkeit, leichte neurasthen. Erscheinungen wie Mattigkeit, Schwindel. Rp. Tabl. Bromglidin. Originalpackung. :: Dos.: mehrmals tägl. 1–2 Tabl. :: Jede Tablette enthält 0,05 g an Pflanzeneiweiß gebundenes Br :: Preis: 1 Originalröhrchen 25 Tabl. M. 2.-. Literatur u. Proben kostenfrei. Chemische Fabr. Dr. Volkmar Klopfer, Dresden-Leubnitz.

Das „Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie“, herausgegeben von Professor Dr. R. Gaupp in Tübingen, stellt mit dem 14. März 1910, also mit Abschluß des ersten Quartals, sein Erscheinen ein. An seine Stelle tritt die

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie

herausgegeben von

Professor Dr. A. Alzheimer - München,
Professor Dr. R. Gaupp - Tübingen, Professor
Dr. M. Lewandowsky - Berlin, Privatdozent
Dr. Wilmanns - Heidelberg,

redigiert von

A. Alzheimer und **M. Lewandowsky**
(für den psychiatrischen Teil) (für den neurologischen Teil).

Die neue Zeitschrift verfolgt im Prinzip die gleichen Ziele wie die alte, jedoch auf breiterer Grundlage.

Das „Zentralblatt“ hat bei seinem an enge Grenzen gebundenen Umfang den Anforderungen auf rasche Veröffentlichung von Originalbeiträgen und vollständige Berichterstattung über die gesamte Literatur nicht mehr nachkommen können. Diesen Übelstand vermeidet die neue Zeitschrift in folgender Weise:

1. Originalien und Referate erscheinen nicht mehr zusammen, sondern völlig getrennt und können auch getrennt bezogen werden. Die Trennung ist eine so vollständige, daß die Originalien im Referatenteil referiert werden.

2. Die Originalien und die Referate erscheinen nicht mehr in einem von vornherein festgelegten, eng begrenzten Rahmen, sondern unabhängig von äußeren Rücksichten nur nach dem sachlichen Bedürfnis.

Für die Originalien sind folgende Grundsätze maßgebend:

Jede Arbeit soll mit dem Datum des Eingangs versehen und tunlichst umgehend, spätestens aber innerhalb von 4 bis 6 Wochen, publiziert werden. Der Aufnahme der nötigen Textabbildungen und Tafelbeilagen steht nichts im Wege.

Die Originalien erscheinen in Heften von je ca. 8 Druckbogen, die je nach Art und Zahl der beigegebenen Abbildungen zu Bänden von 40 bis 50 Druckbogen vereinigt werden. Der Preis jeden Bandes beträgt M. 24,—.

Das Mitarbeiterhonorar für den Druckbogen beträgt M. 40,—. Außerdem werden von jeder Originalarbeit 60 Separata unentgeltlich geliefert.

Auch der Referatenteil erscheint nicht mehr wie bisher in eng begrenztem Rahmen, sondern je nach dem Bedürfnis unter dem Gesichtspunkte, daß die gesamte Fachliteratur des In- und Auslandes so vollständig wie möglich berücksichtigt werden soll. Die Zahl der neurologischen und psychiatrischen Zeitschriften, namentlich auch solcher, die nur engere Spezialgebiete behandeln, sowie der neu erscheinenden Einzelwerke und Schriften psychiatrisch-neurologischen Inhaltes im In- und Auslande ist außerordentlich angewachsen. Neurologie und Psychiatrie sind in vielseitigere Beziehungen zu anderen medizinischen Disziplinen und zur Psychologie getreten. Die zunehmende Bedeutung der Psychiatrie für verschiedene Gebiete des sozialen Lebens hat es mit sich gebracht, daß viele sie eng berührende Fragen in juristisch-psychiatrischen, anthropologischen, rassenhygienischen, pädagogischen, literar-historischen Zeitschriften behandelt werden. So ist kein einzelner mehr imstande, die Neuerscheinungen zu überblicken, und wenige Institute sind in der Lage, sich die ganze Literatur zugänglich zu machen. Damit ergibt sich aber für jeden, der auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie arbeiten und unterrichtet bleiben will, immer unabweisbarer das Bedürfnis nach einer Zeitschrift, die

wirklich vollständig Bericht erstattet über die Leistungen in der Neurologie und Psychiatrie und ihren Hilfswissenschaften, insoweit sie sich dieselben nutzbar machen können. Es ist dafür gesorgt, daß für die neue Zeitschrift nicht nur die speziell neurologische und psychiatrische Literatur, sondern die gesamte medizinische Literatur aller Länder durchgesehen wird, und daß daraus alles referiert wird, was für den Neurologen und Psychiater von Wert sein könnte. Es wird im Referatenteil auch über die Verhandlungen aller neurologischen und psychiatrischen Gesellschaften berichtet werden. Die Berichterstattung der neuen Zeitschrift wird die gesamte Literatur seit dem Beginn des Jahres 1910 umfassen.

Außerdem werden die Referatenhefte von Zeit zu Zeit kritische Sammelreferate enthalten, die über die Arbeiten der letzten Jahre auf einzelnen Spezialgebieten in zusammenhängender Weise berichten und über den gegenwärtigen Stand solcher Fragen aufklären, denen ein besonders aktuelles Interesse zukommt.

Die Referate werden in zwanglosen Heften von je 5 Druckbogen erscheinen, die zu Bänden von je ca. 50 Bogen vereinigt werden. Der Preis eines solchen Bandes beträgt M. 24,—, das Mitarbeiterhonorar für den Druckbogen Referate beträgt M. 64,—.

Es ist ferner beabsichtigt, sobald die Arbeiten eines Kalenderjahres vollständig referiert sind, als besonderen Anhang dieser Referatenbände, unabhängig von dem jeweiligen Bandregister, ein ausführliches Namen- und Sachregister erscheinen zu lassen. Jeder derartige Anhang wird einen vollständigen Bericht über die gesamte neurologisch-psychiatrische Literatur des betreffenden Jahres darstellen.

Der Herausgeber des „Zentralblattes für Nervenheilkunde und Psychiatrie“ bittet, von jetzt ab alle Sendungen von Manuskripten von Originalarbeiten, von Separatabdrücken, Dissertationen, Habilitationsschriften usw. an die Herren Redakteure der neuen Zeitschrift — Professor Dr. A. Alzheimer, München, Nußbaumstraße 7, für den psychiatrischen Teil, Professor Dr. M. Lewandowsky, Grunewald-Berlin, Caspar Theyß-Straße 18, für den neurologischen Teil — richten zu wollen.

Die neue Zeitschrift erscheint in dem gemeinsamen Verlage der Firmen Julius Springer in Berlin und Johann Ambrosius Barth in Leipzig. Die Auslieferung im Buchhandel sowie alle nichtredaktionellen Angelegenheiten, die die neue Zeitschrift betreffen, erledigt die

Verlagsbuchhandlung von Julius Springer
in Berlin N. 24, Monbijouplatz 3.

Wir bitten unsere Leser und Mitarbeiter, das der alten Zeitschrift entgegengebrachte Wohlwollen in erhöhtem Maße auf die neue übertragen zu wollen.

In vorzüglicher Hochachtung

*Der Herausgeber des
„Zentralblattes für Nervenheilkunde
und Psychiatrie“:*

R. Gaupp.

*Herausgeber und Redakteure der
„Zeitschrift für die gesamte Neurologie
und Psychiatrie“:*

A. Alzheimer.

R. Gaupp.

M. Lewandowsky.

Wilmanns.

Die Verleger:

Julius Springer.

Johann Ambrosius Barth.

HYGIAMA

Wohlschmeckendes,
konzentriertes, diä-
tetisches **Nähr- und**
Kräftigungsmittel

Ärztlich warm empfohlen bei **neurasthenischen, hysterischen Verdauungsstörungen usw.**

Vielfach zu künstlicher Ernährung benutzt.

In den meisten Irren- und Nervenheilstätten ständig im Gebrauch.

Man verlange für direkten Bezug Vorzugspreise von
Dr. Theinhardt's Nährmittelges. m. b. H., Stuttgart-Cannstatt 15

Bromalin

Wertvolles Ersatzmittel
für

Bromalkalien.

Frei von Nebenwirkungen!

Bestens bewährt als

Antiepileptikum

wie überhaupt bei Brom-Indikationen.

Bromalin-Tabletten à 1 g.

Dionin

Relativ ungiftiger Ersatz
für

= Morphin. =

Keine Angewöhnung und

Euphorie!

Vorzügliches

Sedativum

von prompter analgetischer Wirkung.

Dionin-Tabletten à 0,03 g.

Literatur zur Verfügung!

E. MERCK, DARMSTADT.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIOUS BARTH IN LEIPZIG.

Korrektionsanstalt und Landarmenhaus.

Ein soziologischer Beitrag zur Kriminalität und Psychopathologie des Weibes
von Dr. **Otto Mönkemöller**, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim.

8°. VI und 240 S. 1908. M. 5.60.

Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. . . . M. hat es vorzüglich verstanden, das von ihm gebotene überreiche Material durch geschickteste Gruppierung leicht durchsichtig zu gestalten und uns eine Fülle von Tatsachen, gesetzlichen Bestimmungen und ärztlichen sowie verwaltungstechnischen Erfahrungen zu bringen, die uns ein lebendiges Bild geben von dem Leben dieser traurigsten Vertreterinnen der Gattung Homo sapiens. . . . Die bekannte geistvolle und formvollendete Darstellungsart des Verfassers, der neben dem traurigen Ernst der Wirklichkeit stets auch den Humor zu seinem Rechte kommen läßt, hält dabei den Leser gefangen und fesselt die Aufmerksamkeit bis zur letzten Seite.

V

Sanatorium ELSTERBERG

sächs. Vogtland.

für Nerven- und Stoffwechselkranke, Herz- und Nierenleidende,
Entziehungskuren und Erholungsbedürftige. — Prospekte frei.

Sanitätsrat **Dr. Römer.**

Blankenburg a. H.

Sanatorium **EYSELEIN**

für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospekte durch den Besitzer und leitenden Arzt **Dr. Matthes.**

Heilanstalt Kennenburg bei Eßlingen (Württemberg) für psychisch kranke Damen.

Prospekte frei durch die Direktion.

Besitzer und leitender Arzt **Dr. R. Krauß.**

Godeshöhe

Godesberg-Rhein.

Erstkl. Anstalt für Nerven-
und Gemütskranke. Durch
Park getrennte Villen.
Dr. Bernard. Dr. Pohl.

Sanatorium Buchheide Finkenwalde bei Stettin.

Heilanstalt für Nervenkranken, Alkohol- und Morphinumkranke.

Leitender Arzt **Dr. Colla.**

Sanitätsrat **Dr. Bunnemann, Ballenstedt a. H.**

Sanatorium für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Das ganze Jahr besucht.

Prospekt.

Sanatorium Konstanzerhof Konstanz- Seehausen

für Nerven- und innere Krankheiten, speziell Herzkrankheiten.

Anerkannt eine der schönsten und größten Kuranstalten Deutschlands. 20 Morgen großer Park. Das ganze Jahr geöffnet. Hydro- und Elektrotherapie, Wechselstrom-, Kohlensäure-, Sauerstoff- usw. Bäder. Mediko-mechanisches Institut (u. a. Dr. Bogheansche Atmungs-
maschine). Freiluft-Liegekuren. Klinische Einrichtungen für Krankenpflege. Röntgen-
Kabinett usw. Broschüren von Dr. Büdingen über die im Sanatorium geübte Behandlung
werden auf Wunsch den Herren Kollegen zugesandt. Drei Spezialärzte für Nerven-,
Herz- und innere Krankheiten.

Leitender Arzt und Besitzer: **Dr. Büdingen.**

Ausführliche illustrierte Prospekte durch die Verwaltung.

| | |
|--|-----|
| Ziehen. Über einen Fall von Hemihypertrophia faciei mit angeborenem Schwachsinn | 230 |
| Schnitzer. Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des chronischen Hydrozephalus | 230 |
| Francisco M. Fernandez. A case of total ophthalmoplegia | 230 |
| Campbell. Störungen der Merkfähigkeit und fehlendes Krankheitsgefühl bei einem Fall von Stirnhirntumor | 231 |
| James Bordley and Harvey Cushing. Alterations in the color fields in cases of brain tumor | 231 |
| James Bordley and Harvey Cushing. Observations on choked disc with especial reference to decompressive cranial operations | 231 |
| Hans Haenel. Osteoarthritis vertebralis | 232 |
| N. Spielmeier. Pseudosystemerkrankungen des Rückenmarks nach Stovainanästhesie | 233 |
| Jenő Kollarits. Blutbrechen bei Crises gastriques tabétiques: Sektionsbefund | 233 |
| A. Pick. Bemerkungen über das Realitätsurteil von den Halluzinationen | 234 |
| Riepmann. Franz Joseph Gall | 234 |
| Laebiger. Psychose und Induktionspsychose | 234 |

Um eine möglichst vollständige und schnelle Berichterstattung zu erreichen, wird um gefl. Einsendung aller **Sonder-Abzüge, Dissertationen, Monographien** usw. aus dem Gebiet der Nervenheilkunde und Psychiatrie bald nach Erscheinen an den Redakteur direkt oder durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung **JOHANN AMBROSIOUS BARTH** in Leipzig ergebenst ersucht.

Anderweitiger Abdruck der für das Zentralblatt bestimmten Abhandlungen oder Übersetzung derselben innerhalb der gesetzlichen Schutzfrist ist nur mit Genehmigung der Redaktion und Verlagsbuchhandlung gestattet.

Adresse der Redaktion: Prof. Dr. R. Gaupp in Tübingen, Osianderstr. 18.

SANATORIUM VON DR. TH. BRUNNER

Küsnacht am Zürichsee. Aufnahme von Nerven- und Gemütskranken, Rekonvaleszenten, Erholungs- und Pflegebedürftigen. Morphin- und Alkoholentziehungskuren. Prächtige Lage mit ausgedehnten Gartenpromenaden am Seeufer. Mehrere Häuser. Individualisierende ärztliche Behandlung. Illustrierte Prospekte mit Referenzen zu Diensten. **Dr. med. Th. Brunner.**

Natürliches Arsen-Eisen-Wasser

RONCEGNO

das stärkste in Arsenik.

Erfolgreichst bei **Blutarmut, Haut-, Nerven- u. Frauenleiden.** Ärztlich empfohlen. Zu häuslichen Trinkkuren überall erhältlich.

Berühmter Bade-Luftkurort (Südtirol)

1½ Stunde Bahn von **Trient.** Beliebtester Frühjahrs-, Sommer- und Herbst-Aufenthalt. **535 m.** Mildes Alpenklima. Würzige Luft. Dolomiten-Panorama.

Kurhaus u. Grands Hotels: Vornehmst I. Ranges.
150 000 qm Privat-Nadelholz-Park. — Mai-Oktober. — Prospekte gratis.

Levico Natürliches Arsen- Eisenwasser.

Empfohlen bei Anämie und ihren Folgezuständen, besonders bei allen Erkrankungen der Nerven usw. durch Autoritäten aller Länder.

== Käuflich in Apotheken und Mineralwasserhandlungen. ==

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Entwicklung des Nervengewebes bei den Wirbeltieren

von

Dr. Hans Held

Professor an der Universität Leipzig

gr. 8°. IX u. 378 S. mit 275 Abbildungen auf 53 Tafeln. 1909.

M. 30.—, geb. M. 32.—.

Aus den Beobachtungen des Verfassers über das intraplasmatische Wachstum der sich bildenden Nervenbahn, über die ihr folgende periphere Wanderung der Neuroglia, über das frühe Eindringen von Neurofibrillen aus einem Neuroblasten in einen zweiten, dritten usw., sowie in periphere Innervationszellen im Sinne Agáthys, über den Ursprung einer Nervenfasers aus mehreren Neuroblasten, ergibt sich eine elementare histogenetische Auffassung des Nervensystems. Nicht als eine Summe von Neuronen (Waldeyer), den „anatomisch wie genetisch getrennten Nerveneinheiten“ ist das Nervensystem entwickelt worden, sondern als ein Neurencytium.

Zentralblatt für normale Anatomie: Jetzt hat Held in großzügiger Weise seine Untersuchungen zusammengestellt und baut aus den aus ihnen gewonnenen Beobachtungen seine Lehre von der syncytialen Entstehung der Nervenfasern innerhalb eines Neurencytiums auf. — Es ist damit ein Werk entstanden, das einen Markstein in der Geschichte der Biologie bedeutet, ein Werk, das nicht allein für den Biologen, sondern auch für den Psychiater und Neurologen von fundamentaler Bedeutung ist.

Kathreiners Malzkaffee
enthält kein Koffein, ist auch frei von anderen Reizstoffen und außerordentlich billig.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

BOUND IN LIBRARY
MAR 2 1911

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07027 2797

